
UNIV.
OF
MICH.


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE





Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

herausgegeben
von
Dr. med. Konrad Alt,
Direktor und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Uchtspringe (Altmark).

Band III.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1903.

Inhalt.

Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprozessordnung.

Von

Privatdozent Dr. **Ernst Schultze**
in Bonn.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1899.

Sammlung

zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdozent Dr. Hoche in Strassburg, Privatdozent und Director Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdozent Dr. Windscheid in Leipzig, Director Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. Konrad Alt,

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

III. Band, Heft 1.

Halle a. S.

Verlag von Carl Marhold.

1899.

Inhalts-Übersicht.

Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprozessordnung.*)

Von

Privatdozent Dr. **Ernst Schultze** in Bonn.

Einer von mehreren Seiten mir zugegangenen Anregung ist es zuzuschreiben, wenn ich versuche, in folgenden Zeilen einen kurzen Überblick zu geben über alle die Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprozessordnung, die für den praktischen Psychiater von Belang sind und welche die Stellung und Behandlung kennzeichnen, welche demnächst den Geisteskranken im Rechtsleben zukommen.

Die Schwierigkeit eines solchen Unternehmens ist sicherlich nicht zu verkennen. Nicht nur, dass das Bürgerliche Gesetzbuch neue Begriffe einführt, nimmt es auch manchen Fragen gegenüber eine Stellung ein, die der bisher üblichen Rechtsanschauung fremd ist oder ihr gar widerspricht. Hierzu kommt, dass zur Zeit noch keine Erfahrungen vorliegen, die dem praktischen Leben entnommen sind, und die Praxis ist es doch, welche vorzugsweise berufen ist, erläuternd und aufklärend zu wirken für das Verständnis der gesetzlichen Vorschriften; das gilt in erhöhtem Maasse für die uns hier beschäftigenden Fragen, wo eine Verständigung zwischen dem Juristen und dem Psychiater oft genug nur schwer erzielt werden kann. Auf der andern Seite rückt der Termin, wo das Bürgerliche Gesetzbuch für das civilrechtliche Leben gilt, schnell heran, so dass es demnach schon jetzt berechtigt erscheint, in ihm Umschau zu halten, bevor sich der psychiatrische Sachverständige in der

*) Nach einem am 19. November 1898 im psychiatrischen Vereine der Rheinprovinz gehaltenen Vortrage.

Gerichtspraxis Aufgaben gegenüber gestellt sieht, die ihm völlig fremd sind. Auch das kann den gemachten Versuch rechtfertigen, dass es meines Wissens bisher an einer Arbeit fehlt, die vom psychiatrischen Standpunkte aus alle einschlägigen wichtigen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Civilprozessordnung zusammenfasst und erläutert.

Hierbei sich streng an das Bürgerliche Gesetzbuch zu halten und die einzelnen Paragraphen in der dort angewandten Reihenfolge zu besprechen, wäre zwar bequem und einfach, aber nicht didaktisch. Zweckentsprechender ist es, wenn man der Disposition gemeinsame Gesichtspunkte zu Grunde legt. Da man es ärztlicherseits mit den verschiedenen Formen und Arten von psychischen Abnormitäten zu thun hat, welche für sich bei der Einteilung des zu bewältigenden Stoffes uns nur wenig behülflich sein können, so erscheint es geratener, sich auf den Standpunkt des Juristen zu stellen.

Da unterscheidet denn das Bürgerliche Gesetzbuch, soweit es für den vorliegenden Zweck in Betracht kommt, zwischen Geschäftsfähigkeit und Deliktsfähigkeit eines Individuums; es versteht dabei unter Geschäftsfähigkeit die Fähigkeit zur rechtswirksamen Vornahme von Rechtsgeschäften, unter Deliktsfähigkeit die Fähigkeit zur schuldhaften Begehung verbotener Handlungen; es handelt sich, wenn man will, in beiden Fällen um eine civilrechtliche Verantwortlichkeit, im ersteren Falle aber bei erlaubten, im letzteren bei unerlaubten Handlungen bezw. Unterlassungen.

I. Geschäftsfähigkeit.

Wendet man sich zunächst zur Geschäftsfähigkeit, so kann man hier eine weitere Unterscheidung treffen zwischen der Geschäftsfähigkeit im allgemeinen und der im speziellen. Das Bürgerliche Gesetzbuch enthält nämlich auf der einen Seite eine Reihe von Bestimmungen, welche für sämmtliche Rechtsgeschäfte gelten und die Bedingungen feststellen, an welche ihre rechtliche Wirksamkeit gebunden ist. Auf der anderen Seite sind verschiedene Rechtsgeschäfte gesetzlich ausgezeichnet, indem für sie entsprechend ihrer besonderen Eigenart Sonderbestimmungen erlassen sind.

A. Geschäftsfähigkeit im Allgemeinen.

Wenn die Geschäftsfähigkeit im Allgemeinen durch veränderte Geisteszustände beeinträchtigt werden kann, so gilt dies natürlich nicht nur von den akuten, sondern auch von den chronischen Zuständen.

Bezüglich der akuten Zustände enthält das B. G.-B. nur eine einzige Bestimmung und zwar § 105 II:

> „Nichtig ist (auch) eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird.“

Es wird Keinem bei dem Lesen dieser Bestimmung ihre Verwandtschaft mit dem bekannten § 51 des Strafgesetzbuchs entgehen. Immerhin aber besteht doch ein gewisser Unterschied in dem letzten Passus. Abgesehen davon, dass hier nur die „vorübergehende“ Störung der Geistesthätigkeit gemeint ist, und deren Einfluss auf die sogen. freie Willensbestimmung nicht besonders hervorgehoben wird, fehlt hier auch in scharfem Gegensatz zu der oben citirten strafgesetzlichen Bestimmung das Wort: „krankhaft“. Der Gesetzgeber verlangt also nicht ausdrücklich, dass die vorübergehende Störung der Geistesthätigkeit, die eine während ihres Bestehens abgegebene Willenserklärung zu nichte macht, unbedingt krankhafter Natur zu sein braucht. Maassgebend hierbei war die Überlegung, dass es Störungen der Geistesthätigkeit giebt, bei denen der Jurist im Zweifel sein kann, ob er sie schon als krankhaft aufzufassen berechtigt sei (Hysterie, beginnende Trunkenheit); ferner giebt es ähnliche Zustände, denen man, ohne dass sie dem Gebiete des Pathologischen angehören, eine gleiche rechtliche Wirkung nicht wohl versagen darf, wie etwa nach Erwachen aus tiefem Schlafe, nach grosser Überanstrengung usw.

Obiger Absatz berührt nur die Abgabe, nicht aber die Annahme einer Willenserklärung; eine einschlägige Bestimmung findet sich hierfür nicht im B. G.-B. Daraus den Schluss zu ziehen, eine Willenserklärung, die von einer Person unter den gedachten Umständen angenommen sei, bestehe mangels jeder anderen Bestimmung zu recht, ist wahrlich zu weit gegangen. Das wird sicherlich dann nicht der Fall sein, falls es

sich um eine sogen. annahmebedürftige Willenserklärung, wie z. B. Kündigung, Mahnung, handelt, und der die Willenserklärung Abgebende Gelegenheit hat, sich von dem abnormen Geisteszustand der anderen Partei zu überzeugen.

Wie dem auch sei, und wie sich demnächst auch die Rechtspraxis gestalten mag, der herangezogene Satz beschäftigt sich allein mit einer durch geistige Abnormität bedingten vorübergehenden oder, wenn wir uns medizinisch ausdrücken wollen, acuten Beeinträchtigung der Geschäftsfähigkeit.

Wie nun, wenn der Zustand der geistigen Störung in Permanenz erklärt wird? Dann trifft eben Absatz 2 des § 104 zu, der lautet:

> „Geschäftsunfähig ist: 2. „wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist."

Auch hier wieder sehen wir, wie das neue Gesetzbuch sich eng an die Fassung des § 51 des Str.-G.-B. anschliesst. Trotz aller entgegenstehenden Bedenken hat man sich zu dieser Formulirung entschlossen, da man hiermit den Einfluss der anormalen geistigen Zustände auf die Geschäftsfähigkeit und auf die strafrechtliche Deliktsfähigkeit in sachlich zutreffender Weise in Übereinstimmung bringt und für die Auslegung der privatrechtlichen Vorschrift die Anknüpfung an die reiche strafrechtliche Litteratur gewinnt. Ein solches Vorgehen schien um so mehr gerechtfertigt, als eine sonstige einwandfreie Kennzeichnung jener Zustände weder den Ärzten noch den Juristen gelungen ist. Dieser in den Motiven niedergelegten Begründung werden sich kaum die Deterministen anschliessen wollen, deren Zahl bei dem nun einmal für alle naturwissenschaftlichen Vorgänge geltenden Gesetze der Kausalität in letzter Zeit sicherlich nicht abgenommen hat. So sei von den Medizinern nur Schäfer erwähnt, der die „freie Willensbestimmung" durch den Ausdruck „normale Willensbestimmung" oder noch besser „regelmässige Selbstbestimmung" ersetzen möchte, während Mendel „die Fähigkeit regelrechter Willensbestimmung" vorschlägt, von den Juristen Kuhlenbeck, der an Stelle der auch ihm unbequemen

Fassung „freien Willensbestimmung“ lieber die „von psychischen Störungen oder Hemmungen freie normale Urteilsfähigkeit“ gesehen hätte. Es ist jedoch mit dem fertigen Gesetze zu rechnen; und sofern man unter dem Ausdruck „freie Willensbestimmung“ das vom Gesetzgeber Gewollte versteht, kann man sich mit der nun einmal gewählten Fassung zufrieden geben.

Desgleichen ist aber, wie der zuletzt herangezogene Paragraph sagt, geschäftsunfähig:

§ 104. 1) wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat,
2) (s. o.)
3) wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

Damit ist das ausserordentlich wichtige Kapitel der Entmündigung angeschnitten; auf die weitere Frage, wer entmündigt werden kann, giebt der § 6 des B. G.-B. Auskunft.

Der § 6 lautet:

„Entmündigt kann werden:

1) wer in Folge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;
2) wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt;
3) wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet“.

Von ärztlichem Interesse sind Z. 1) und Z. 3), weshalb Z. 2) unbesorgt unbesprochen bleiben kann.

Daraus, dass über die Altersgrenze des zu entmündigenden Individuums (conf. art. 489 code civil) keine Bestimmung erlassen ist, kann der Schluss gezogen werden, dass auch der Minderjährige entmündigt werden kann. Das bietet einen doppelten Vorteil: es wird so der Zwischenzustand einer mangelnden Vertretung, der in die Zeit zwischen Eintritt der Volljährigkeit und dem erst später erfolgenden Ausspruch der Entmündigung fallen würde, ausgeschlossen; sodann wird dem Vormund eine gesetzliche Handhabe gegeben, einen Mündel, falls er etwa krank und gemeingefährlich ist, ohne Weiteres dauernd in einer Anstalt unterzubringen (cf. § 8 des B. G.-B.). Des

Ferneren besteht auch noch insoweit ein Unterschied zwischen code civil und dem B. G.-B., als nach jenem das Individuum, welches die vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt, entmündigt werden muss, während es späterhin nur mehr entmündigt werden kann.

Dass somit der Entmündigungszwang aufgehoben ist, kann man nur mit Freuden begrüssen. Wer es erlebt hat, dass seitens des Staatsanwalts gegen die, die dauernd in einer Irrenanstalt bleiben müssen, der Entmündigungsantrag gestellt wird, weiss es zu ermessen, wie zwecklos oft das mit Kosten und Arbeit verbundene Entmündigungsverfahren war. Es kann meines Erachtens recht gut jemand der dauernden Anstaltsbehandlung bedürfen, ohne doch in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt zu sein, wenn man absieht von der Beschränkung seiner freien Bewegung. Erst recht trifft das zu, wenn das Individuum nichts sein eigen nennt. Was soll man nun dazu sagen, wenn angeordnet wird, dass der fernere Anstaltsaufenthalt abhängig sei von dem Ausspruch der Entmündigung? Oder zu einem Erlass, nach dem in einer Pflegeanstalt nur entmündigte Geisteskranke verpflegt werden sollen? Diese unnötige Verquickung von Entmündigung und Anstaltsbehandlung trägt vielleicht zu ihrem Teile bei zu dem Fortbestehen des im Volke herrschenden Misstrauens gegen Irrenanstalten.

Lichte Zwischenräume kennt das B. G.-B. nicht, im Gegensatz zum römischen und gemeinen Recht. Für den Ausspruch der Entmündigung ist es unerheblich, ob die mangelhafte Geistesbeschaffenheit sich fortwährend oder mit Unterbrechungen äussert. Sind die letzteren lang, dann wird je nach Lage der Sache die Aufhebung der Entmündigung (§ 6, II) in Frage zu ziehen sein. Was für den Ausspruch der Entmündigung gilt, das gilt auch für ihre rechtliche Wirkung. So lange über eine Person die Entmündigung verhängt ist, ist diese den an die Entmündigung geknüpften rechtlichen Folgen unbedingt ausgesetzt; es ist vollkommen gleichgültig, ob das Individuum, als es entmündigt wurde, gar nicht oder nicht so erheblich geisteskrank war, wie fälschlicherweise angenommen worden ist, ob später eine Genesung oder beträchtliche Besserung

in seinem Geisteszustande eintritt. Dieses sind nur Gründe, um die Entmündigung aufzuheben oder zu beendigen. Maassgebend ist also für die rechtliche Wirksamkeit einer Entmündigung nicht, dass sie materiell berechtigt ist, sondern nur, dass sie formell zu recht besteht. Ebensowenig kann etwa dadurch die Wirkung einer Entmündigung in Frage gestellt werden, dass die beteiligten Parteien von ihr nichts wussten.

Mit Absicht hat das B. G.-B. an dieser Stelle die im Str.-G.-B. angewandte Nomenklatur umgangen; dieses beschäftigt sich vorzugsweise mit der in der Vergangenheit liegenden Zeit der That und berücksichtigt besonders die vorübergehend die Geistesthätigkeit beeinträchtigenden Zustände, während die Entmündigung für die Zukunft und für eine gewisse Dauer berechnet ist. Zustände von vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit werden aber an anderer Stelle des Gesetzbuchs (s. o.) berücksichtigt.

Mit Recht hat man es unterlassen, die Geisteskrankheiten unter Bezugnahme auf die termini technici der Psychiatrie näher zu bezeichnen oder das Wesen der verschiedenen Formen zu umschreiben, kurz die verschiedenen Arten von Geisteskrankheit zu definiren. „Jeder Versuch einer derartigen Scheidung ist bedenklich und zwecklos: bedenklich, weil nach dem Stande der Seelenheilkunde die einzelnen Formen oder Stadien weder erschöpfend aufgezählt noch untereinander abgegrenzt werden können; zwecklos, weil weder die Verschiedenheit der äusseren Anzeichen noch der Umstand, ob die Störung vorzugsweise die eine oder die andere Seite der Geistesthätigkeit ergreift, für die an einen solchen Zustand zu knüpfenden rechtlichen Folgen von maassgebender Bedeutung sein können.“ Das Gesetz spricht nur von Geisteskrankheit und Geistesschwäche schlechtweg, ohne eine nähere und eingehende Definition für diese Zustände zu geben; das ist nur zu billigen an der Hand der traurigen Erfahrungen, die man mit dem allgemeinen Landrecht und seinen bekannten Erklärungen des Wahnsinns bezw. Blödsinns gemacht hat.

Dass Geistesschwäche auch eine Geisteskrankheit ist, unterliegt für den Psychiater keinem Zweifel; das war auch die

Veranlassung, weshalb die 2. Kommission für das B. G.-B. von der Einführung des Begriffs „Geistesschwäche“ absehen wollte. Von psychiatrischer Seite, insbesondere von Mendel, wurde jedoch ausdrücklich hervorgehoben, dass es Zustände von geistiger Unvollkommenheit gebe, die der Jurist als Geisteskrankheit anzusprechen sich sträuben würde, die aber trotzdem dem damit Behafteten die Besorgung seiner Angelegenheiten unmöglich machen und somit die Verhängung der Entmündigung rechtfertigen.

Die Folgen einer Entmündigung sind durchaus verschieden, je nachdem das Individuum geisteskrank oder geistesschwach ist. Geisteskrankheit und Geistesschwäche sind nichts weniger als identische Begriffe.

Wie ist demnach im Einzelfalle die Unterscheidung zu treffen?

Ich möchte denen widersprechen, welche meinen, der Gutachter könne nach dem Inkrafttreten des B. G.-B. lediglich nach Maassgabe seiner Wissenschaft feststellen, ob der zu Entmündigende geisteskrank bezw. geistesschwach ist oder nicht. Und wenn schon eine Differenz der Anschauungen von Fachleuten bei der Lösung dieser Frage zu befürchten ist, so wird das noch mehr der Fall sein, wenn das Urteil der Laien maassgebend sein soll. Ob daher der Unterschied, der im „praktischen Leben“ zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche gemacht wird, allein genügt, kann füglich sehr bestritten werden.

Da jedes weitere Moment mangelt, so sind im Einzelfalle für die Entscheidung, ob Geisteskrankheit oder ob Geistesschwäche vorliegt, allein die sich hieraus für den zu Entmündigenden ergebenden rechtlichen Folgen maassgebend. Während Derjenige, der wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, geschäftsunfähig ist, besagt der § 114:

> „Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat.“

Nach § 106 ist aber ein Minderjähriger, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, in der Geschäftsfähigkeit beschränkt nach Maassgabe der §§ 107—113.

Entmündigung wegen Geisteskrankheit involvirt mithin völlige Geschäftsunfähigkeit, die wegen Geistesschwäche aber nur beschränkte Geschäftsfähigkeit.

Daraus ergiebt sich unzweideutig, dass nach dem Gesetz die Geisteskrankheit nur eine Steigerung der Geistesschwäche bedeutet. An welcher Form von Psychose der zu Entmündigende leidet, ob an Paralyse oder an Paranoia, ist an und für sich ganz gleichgültig; von Belang ist vielmehr ihre Schwere, ihre Intensität und die sich daraus ergebende Beeinflussung des sozialen Lebens des Individuums. Dass einer an irgend einer Psychose leidet, genügt für sich demnach noch nicht zum Ausspruch einer Entmündigung; notwendig ist vielmehr noch der weitere Nachweis, dass er in Folge von Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Hierbei sind aber unter Angelegenheiten nicht Vermögens-Angelegenheiten allein zu verstehen, wie das z. B. deutlich aus der Fassung des später zu erwähnenden § 1910 II hervorgeht, in dem die Vermögensangelegenheiten als eine besonders namhaft gemachte Unterabteilung von Angelegenheiten berücksichtigt werden. Der Begriff: Angelegenheiten lässt sich überhaupt wohl kaum scharf umgrenzen, er wechselt eben doch zu sehr nach Stand und Beruf. Nach Schultze empfiehlt es sich, daran festzuhalten, unter Angelegenheiten die „Gesammtheit aller Beziehungen des Einzelnen zu seiner Familie, seinem Vermögen und seiner Umgebung“ zu begreifen. Es kommen somit ganz andere Gesichtspunkte in Betracht, je nachdem der zu Entmündigende ein sehr reicher Mann ist, der an der Spitze eines ausgedehnten Werkes steht, der eine exponirte Stellung im öffentlichen Leben einnimmt und viele Ehrenämter bekleidet, oder ob es sich um einen armen, allein lebenden Handwerker oder Bauernknecht handelt. Unter Besorgen kann weiterhin auch nur verstanden werden die „sachgemässe Behandlung der vorerwähnten Beziehungen seitens des Einzelnen, d. h. eine solche Behandlung, wie sie von Menschen gleicher

Lebensstellung, wie die der in Betracht kommenden Person, unter normalen Verhältnissen ausgeübt wird.“ Es muss das Individuum eine klare Vorstellung von der von ihm gewollten Handlung haben, es muss die Folgen seiner Handlungen, soweit diese normaler Weise vorauszusehen sind, zu überlegen vermögen.

Die Begutachtung wird also den Stand und die Stellung des Individuums sehr berücksichtigen müssen; sie wird in jedem Einzelfalle unter Bezugnahme auf die gerade hier vorliegenden inneren und äusseren Verhältnisse des Individuums darüber ein Urteil fällen, ob es noch seine Angelegenheiten in dem gedachten Sinne zu besorgen vermag oder nicht. Es wird mithin in Zukunft die unter Umständen nach dem bisherigen Gesetz gebotene Entmündigung unterbleiben in Fällen, wo für den zweifellos geistig Erkrankten kein bürgerliches Recht zu schützen ist.

Des Weiteren hat der Psychiater in seinem Gutachten auseinander zu setzen, in wie weit durch das abnorme geistige Verhalten des Individuums dessen Vermögen gelitten hat, seine Angelegenheiten zu besorgen. Entscheidend ist hier, wie schon oben hervorgehoben, nicht sowohl die Form der Geisteskrankheit, als vielmehr ihre Schwere. Schon jetzt sich darüber Gedanken zu machen, ob man diese Psychose als Geisteskrankheit, jene aber als Geistesschwäche auffassen soll, erscheint mir bedenklich oder doch zum mindesten überflüssig, da es doch vor Allem auf die Begutachtung des Einzelfalles ankommt; und dass eine Individualisirung hier unbedingt geboten erscheint, kann nicht scharf und oft genug betont werden. Aus den gleichen Erwägungen muss man aber auch der in einigen Kommentaren verfochtenen Ansicht entgegen treten, als ob das Gesetz unter Geistesschwäche die angeborenen, unter Geisteskrankheit die erworbenen Zustände verstanden wissen will. So wenig wie die Form, so wenig kann auch ihr zeitliches Auftreten, ihre Ursache den Ausschlag geben. Durch ein angeborenes Leiden kann das Geistesleben recht wohl so beeinträchtigt sein, dass eine Entmündigung mit den weitgehendsten Folgen angebracht erscheint; und andererseits kann eine erworbene Geisteskrank-

heit die Geistesthätigkeit und damit auch zusammenhängend die Geschäftsfähigkeit nur wenig beeinträchtigen.

Es ist schon mehrfach hervorgehoben worden, dass die Entmündigung wegen Geisteskrankheit Geschäftsunfähigkeit, die wegen Geistesschwäche beschränkte Geschäftsfähigkeit nach sich zieht. Was der Jurist hierunter versteht, muss den Sachverständigen umsomehr interessiren, als ja diese angegebenen rechtlichen Folgen ihn vorwiegend leiten, wenn er sich entscheiden soll, ob bei dem zu Entmündigenden Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im juristischen, nicht im medizinischen Sinne vorliegt.

Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, sei darauf aufmerksam gemacht, dass in verschiedenen Punkten der Geschäftsunfähige dem beschränkt Geschäftsfähigen völlig gleich gestellt ist; für diese Punkte ist es also belanglos, ob die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche erfolgt ist. So kann der Entmündigte „ohne den Willen seines gesetzlichen Vertreters einen Wohnsitz weder begründen noch aufheben“ (§ 8); es weist mit andern Worten der Vormund dem Mündel einen Wohnsitz an, er kann ihn also, so lange die Entmündigung formell besteht, in einer Irrenanstalt unterbringen. Sodann kann der Entmündigte weder zum Vormund (§ 1780, 1897), noch zum Gegenvormund (§ 1792 IV), noch zum Pfleger (§ 1915), noch zum Beistand (§ 1694 I), noch zum Mitglied eines Familienrathes (§ 1865) bestellt werden; wird ein Vormund nach seiner Bestellung entmündigt, so endigt sein Amt mit der Entmündigung (§ 1885). Es ruht die elterliche Gewalt des Vaters, so lange er entmündigt ist (§ 1676). Der Entmündigte kann weder als Testamentszeuge (§ 2237), noch als Testamentsvollstrecker (§ 2201) fungieren, und ebenso ist ihm die Schliessung eines Erbvertrages (§ 2275) (Ausnahme siehe II) versagt; § 1821—1831 bezeichnen alle die Geschäfte, die der Vormund nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ausüben darf. Erwähnt man noch die §§ 1418 3, 1425, 1428 II, 1547 II, sowie § 206 und § 939 (Hemmung der Verjährung oder der Ersitzung einer in der Geschäftsfähigkeit beeinträchtigten Person bei dem Mangel eines gesetzlichen

Vertreters), sowie § 682 (Verantwortlichkeit einer solchen Person in der Rolle des Geschäftsführers ohne Auftrag), so sind die wichtigsten Punkte herangezogen, in denen der Geschäftsunfähige mit dem beschränkt Geschäftsfähigen übereinstimmt.

Worin aber unterscheiden sich Geschäftsunfähigkeit und beschränkte Geschäftsfähigkeit?

Beginnen wir mit der ersten, der Geschäftsunfähigkeit, welche Eigenschaft dem wegen Geisteskrankheit Entmündigten zukommt (§ 104 3).

An erster Stelle ist da zu nennen § 105 1: „die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig", während für die Annahme von Willenserklärungen der erste Absatz des § 131:

> „Wird die Willenserklärung einem Geschäftsunfähigen gegenüber abgegeben, so wird sie nicht wirksam, bevor sie dem gesetzlichen Vertreter zugeht"

zu recht besteht. Es kann mithin der Geschäftsunfähige kein Geschäft abschliessen, auch wenn es noch so einfacher und harmloser Natur ist. Es darf vielmehr nur der Vormund an Stelle des wegen Geisteskrankheit Entmündigten das Geschäft bethätigen; der Vormund hat nicht das Recht, jenem die Abschliessung eines Rechtsgeschäfts, mit dem er einverstanden ist, zu übertragen. Es ist dabei durchaus konsequent, wenn es auch freilich für die Praxis nicht in Betracht kommt, wenn Hardeland sagt: Der Geschäftsunfähige geht ein nichtiges Rechtsgeschäft ein, wenn er bei der Weihnachtsbescheerung ein ihm seitens der Anstalt dargebotenes Geschenk annimmt.

Es rückt somit im Rechtsleben der Vormund völlig an die Stelle des wegen Geisteskrankheit Entmündigten. Aber auch der Vormund ist in seinem Handeln nicht frei; so bedarf er der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts bei der Anfechtung der Ehelichkeit (§ 1595 II), bei der Anfechtung eines Erbvertrags (§ 2282 II), bei der Erklärung oder Annahme eines Erbverzichts (§ 2347). Der Einfluss der Geschäftsunfähigkeit auf die Ehe- und Testirfähigkeit wird unten besonders erörtert werden.

Einer gleich einschneidenden Schädigung des persönlichen

Rechts wie der wegen Geisteskrankheit Entmündigte ist auch Derjenige unterworfen, der sich nach § 104 2

> „in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.“

Diese Unterscheidung und rechtliche Gleichstellung zwischen dem entmündigten und nicht entmündigten Chronisch-Geisteskranken ist praktisch wichtig. Der Nachweis der Geschäftsunfähigkeit ist bei den Entmündigten ja leicht zu erbringen durch den Entmündigungsbeschluss; so lange dieser besteht, ist und bleibt das Individuum entmündigt. Ein Gegenbeweis ist unzulässig. Liegt aber keine Entmündigung vor — vielleicht weil keiner ein Interesse daran hatte, eine solche zu beantragen, oder weil die Beteiligten sich scheuten, dies zu thun —, so wäre es unbillig, solche Personen den Entmündigten nicht gleich zu stellen. In praxi wird hier der umständliche, oft vielleicht schwer zu erbringende Sachverständigenbeweis für das Vorhandensein der Geisteskrankheit, insbesondere zur fraglichen Zeit, notwendig sein; die Beweislast fällt dem zu, der von der gedachten Annahme Gebrauch machen will.

Eine rückwirkende Kraft hat die Entmündigung an sich nicht; eine Willenserklärung verliert dadurch nicht ihre Wirksamkeit, dass der Erklärende nach der Abgabe geschäftsunfähig wird (§ 130 II); unbeschadet dieser Bestimmung bleibt natürlich § 105 II zu recht bestehen.

Um einem leicht auftauchenden Missverständnisse vorzubeugen, sei hier darauf hingewiesen, dass die Entmündigung wegen Geisteskrankheit die Rechtsfähigkeit der Person, d. i. die Fähigkeit, Träger von Rechten zu sein, nicht im mindesten berührt; diese angeborene (§ 1) Fähigkeit kann ihm niemand nehmen, wohl aber die Fähigkeit, die Rechte zu geniessen, von ihnen Gebrauch zu machen.

Die Folgen einer solchen Entmündigung sind mithin recht schwerwiegend und greifen in das soziale Leben des zu Entmündigenden tief ein. Es wird der Gutachter nur in den Fällen, wo die Psychose eine ganz erhebliche Beeinträchtigung

der Geistesthätigkeit zur Folge hat, in seinem Gutachten zu dem Schluss kommen dürfen: „Der X vermag in Folge von Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen“ (§ 6 I) oder: „Der X ist geisteskrank im Sinne des B. G.-B.“

Wie aber gestaltet sich der Rechtszustand eines Menschen, der nur wegen Geistesschwäche entmündigt ist?

Nach § 114 steht er in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat. Ein solcher ist gemäss § 106 nach Maassgabe der §§ 107—113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

Nach § 107: „Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters“ darf der Minderjährige ein Rechtsgeschäft abschliessen, welches ihm ausschliesslich rechtlichen Vortheil — Übernahme von Rechten oder Enthebung von Verpflichtungen — einbringt. Wenn er also etwa eine Schenkung annimmt, so ist das ein rechtswirksames Geschäft. Er darf aber aus sich keinen Gegenstand kaufen, auch wenn er noch so billig ist, da er dann zwar den Gegenstand erhält, aber das Geld verliert; aus ähnlichen Erwägungen ergiebt sich, dass er auf seine Schulden keine Zahlung zu leisten, noch auf seine Forderung Zahlung anzunehmen berechtigt ist; er darf keine Erbschaft annehmen, auch wenn keine Erbschulden da sind, da die Schuldenfreiheit sich im Voraus nicht sicher beurteilen lässt.

Bei allen andern Rechtsgeschäften, deren Zahl natürlich die bei weitem überwiegende ist, bedarf der Mündel der Zustimmung des Vormundes, sei es, dass dieser sie vor Abschluss des Rechtsgeschäfts in der Form der Einwilligung oder nachher in der Gestalt der Genehmigung erteilt. Der Vormund braucht aber nicht, wie bei dem Geschäftsunfähigen, an seiner Stelle zu handeln, es genügt vielmehr seine formlose Mitwirkung (§ 182 II) selbst dann, wenn sonst die Wirksamkeit des Rechtsgeschäfts an die Innehaltung einer bestimmten, vorgeschriebenen Form geknüpft ist.

So ist die einem wegen Geistesschwäche Entmündigten gegenüber abgegebene Willenserklärung nur dann wirksam,

wenn sie entweder dem Entmündigten lediglich einen rechtlichen Vorteil einbringt oder aber, falls dies nicht zutrifft, der Vormund seine Einwilligung erteilt (§ 131 II). Die §§ 108, 109 enthalten Bestimmungen für den Fall, dass der Mündel einen Vertrag ohne die erforderliche Einwilligung seines Vormundes abschliesst; das gleiche gilt vom § 111 bezüglich eines unter gleichen Bedingungen abgeschlossenen einseitigen Rechtsgeschäfts. Hierauf an dieser Stelle des Näheren einzugehen, dürfte zu weit führen.

Bei besonders wichtigen Geschäften genügt nicht die Einwilligung des Vormundes, es bedarf vielmehr noch der des Vormundschaftsgerichts. Das ist beispielsweise der Fall bei der Schliessung eines Ehevertrags, durch den die allgemeine Gütergemeinschaft vereinbart oder aufgehoben wird (§ 1437), bei der Ehelichkeitserklärung seitens des Vaters (§ 1729 I) oder der Einwilligung in die Ehelichkeitserklärung (§ 1729 II), bei der Annahme an Kindesstatt, sowohl für den Annehmenden (§ 1751 I) wie den Angenommenen (§ 1751 II), bei der Schliessung eines Erbvertrages mit seinem Ehegatten (§ 2275 II).

Auf der andern Seite hebt das Gesetz ausdrücklich eine Reihe von speziell benannten Rechtsgeschäften hervor, die der beschränkt Geschäftsfähige auch ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters vornehmen darf. Das ist die Zustimmungserklärung zu der durch den andern Ehegatten getroffenen letztwilligen Verfügung über das Recht eines Abkömmlings (§ 1516 II), die Anfechtung der Ehelichkeit (§ 1595 I), die Einwilligung in die Annahme an Kindesstatt von seiten des Angenommenen (§ 1748), die Anfechtung eines Erbvertrags (§ 2282 I), sowie die Aufhebung eines Erbvertrags (§ 2290 II) und die Erklärung des Rücktritts von ihm (§ 2296 I), die Annahme des Erbverzichts (§ 2347 II); schliesslich kann noch die Mutter des Kindes oder die Frau des Vaters, wenn sie in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters die Einwilligung zur Ehelichkeitserklärung erteilen (§ 1729 III).

Diesen Bestimmungen, welche diejenigen speziellen Rechtsgeschäfte wörtlich benennen, die der beschränkt Geschäftsfähige selbständig abschliessen kann, stehen andere Vorschriften gegen-

2*

über, welche dem Mündel die Vornahme von Rechtsgeschäften im allgemeinen zubilligen, falls die darin angegebenen Bedingungen erfüllt sind, und nicht besondere Paragraphen hindernd im Wege stehen.

So sagt § 110: „Ein von dem Minderjährigen ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters geschlossener Vertrag gilt als von Anfang an wirksam, wenn der Minderjährige die vertragsmässige Leistung mit Mitteln bewirkt, die ihm zu diesem Zwecke oder zu freier Verfügung von dem Vertreter oder mit dessen Zustimmung von einem Dritten überlassen worden sind.“

Giebt also der Vormund dem Entmündigten Geld zur Anschaffung eines bestimmten Gegenstandes, so begeht dieser eine rechtswirksame Handlung, wenn er den gedachten Gegenstand kauft und mit dem ihm zu diesem Zweck überlassenen Gelde bezahlt. Taschengeld kann ihm zur Verfügung gestellt werden zur Bestreitung kleinerer Bedürfnisse, und wenn etwa der Vormund seinen Mündel zur Universität schickt und ihm Gelder zukommen lässt, so darf diese der Studiosus verwerten zum Zahlen der Vorlesungen, der Wohnungsmiete, des Kostgeldes etc.

Die Entmündigung kann man eine Schutzbedürftigkeitserklärung nennen. Den Entmündigten mehr zu schützen, als es notwendig ist, hiesse des Guten zu viel thun, ja man läuft Gefahr, so dem Entmündigten Schaden zu bereiten, statt Nutzen zu stiften. Das Gesetz will den Geistesschwachen bewahren vor etwaiger Ausbeutung durch seine welterfahrenere und geschäftskundigere Umgebung; sie will ihn aber doch nicht jeder Gelegenheit berauben, sich durch eigene Arbeit, soweit das natürlich sein Geisteszustand zulässt, seinen Unterhalt zu verschaffen. Diesen Standpunkt nimmt das Gesetz in § 112 u. 113 ein.

Nach § 112 kann der Minderjährige ein Erwerbsgeschäft betreiben, also eine jede regelmässige auf selbständigen Erwerb gerichtete Thätigkeit ausüben, gleichgültig ob es sich um ein Handwerk, Ausübung einer Kunst, Betreibung der Landwirtschaft handelt. Es bedarf aber der Vormund bei Erteilung dieser Rechte der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wie auch bei der Zurücknahme der genannten Ermächtigung. Auf diesem beschränkten Gebiete ist dann das Individuum un-

beschränkt geschäftsfähig für alle solche Rechtsgeschäfte, welche der ihm gestattete Geschäfsbetrieb nach sich zieht.

Eine Ausnahmestellung nehmen selbstverständlich auch hier wie überall die Rechtsgeschäfte ein, zu deren Vornahme der gesetzliche Vertreter stets die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf (s. o.). Hat der Mündel die Erlaubnis erhalten, etwa eine Schreinerei zu betreiben, so darf er fortan das notwendige Holz kaufen, die angefertigten Möbel verkaufen, Gesellen anstellen und entlassen, die ihm aus dem geschäftlichen Verkehr erwachsenen Prozesse führen u. dgl. m.

Nach § 113 kann der gesetzliche Vertreter dem Minderjährigen gestatten, in Dienst oder Arbeit zu treten; er bedarf hierzu nicht der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts. Es ist dieser § praktisch von grosser Bedeutung, weil er gestattet, das grosse Kapital von Arbeitskraft, welches in der Bevölkerung zwischen dem 14.—21. Jahre ruht, nutzbringend zu verwerten. Diese Bestimmung entspricht so sehr einem natürlichen Bedürfnis des alltäglichen Lebens, dass man von ihr fast stillschweigend immerzu Gebrauch macht. Auch hier ist die Geschäftsfähigkeit des Mündels durchaus nicht beschränkt für alle Rechtsgeschäfte, welche „die Eingehung oder Aufhebung eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses der gestatteten Art oder die Erfüllung der sich aus einem solchen Verhältnis ergebenden Verpflichtungen betreffen.“ Die obigen Ausnahmebestimmungen gelten auch hier; so ist z. B. die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen, wenn der Mündel laut Vertrag zu persönlichen Leistungen für längere Zeit als für ein Jahr verpflichtet werden soll (§ 1822 7). Diese Ermächtigung kann der Vormund zurücknehmen oder einschränken, etwa auf ein ganz bestimmtes Dienstverhältnis. Verweigert der Vormund die Ermächtigung, so kann sich der Mündel an das Vormundschaftsgericht wenden, welches die Ermächtigung geben muss, falls es im Interesse des Mündels liegt.

Von erheblicher praktischer Bedeutung ist es fernerhin, dass eine Vertretung durch Minderjährige rechtswirksam gestattet ist. Es erschien rathsam, dies in einem § noch besonders auszusprechen. Dieser § 165 lautet:

„Die Wirksamkeit einer von oder gegenüber einem Vertreter abgegebenen Willenserklärung wird nicht dadurch beeinträchtigt, dass der Vertreter in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist.“

Es handelt sich hier nicht um die eigenen Angelegenheiten, vielmehr um die des Vertretenen; es kommt somit die Person des Vertretenen in Betracht, und es kann für die Wirksamkeit von dessen Rechtsgeschäften gleichgültig sein, ob der Vertreter beschränkt geschäftsfähig ist oder nicht.

Das sind die Bestimmungen, die das wiedergeben, was der Gesetzgeber unter dem Begriff „beschränkte Geschäftsfähigkeit“ verstanden wissen will. Es erhellt aus dem Mitgeteilten, dass in diesem Rechtszustande die Geschäftsfähigkeit oder vielmehr deren Beschränkung innerhalb recht weiter Grenzen schwankt; das Rechtsgebiet ist hier viel weniger scharf umschrieben als bei der Geschäftsunfähigkeit; wir haben hier, will man einen Ausdruck aus der Strafpraxis anwenden, eine sog. „verminderte“ Geschäftsfähigkeit; und Sache des Vormundes ist es, je nach Lage des Falles von dem ihm zustehenden Rechte, mildernde Umstände eintreten zu lassen, Gebrauch zu machen. Hat der Mündel die Erlaubnis, irgend ein Erwerbsgeschäft zu betreiben, so kann er sich wahrlich nicht beklagen, er hat dann noch hinreichend Gelegenheit, durch eigener Hände Arbeit Gut zu erwerben. Auch hier wird natürlich jeder Fall für sich behandelt werden müssen, und die Möglichkeit ist, wenn auch keine Spezialvorschrift hierfür vorliegt, nicht von der Hand zu weisen, dass die sachverständige Meinung des Psychiaters darüber eingeholt werden kann, ob man dem Geistesschwachen, Entmündigten diese oder jene geschäftliche Freiheit einräumen kann oder nicht. Soweit man sich heute schon ein Urteil bilden darf, wird in Zukunft die Zahl der Fälle von Entmündigung wegen Geistesschwäche die der wegen Geisteskrankheit erheblich übersteigen; man braucht nicht soweit zu gehen wie Hardeland, der meint, dass man die Entmündigung wegen Geisteskrankheit von 1900 ab kaum noch aussprechen wird.

Bei der Begutachtung hat man sich vor Augen zu halten, welche Folgen die Entmündigung wegen Geisteskrankheit —

wenn man sie so nennen will, die grosse Entmündigung — und welche die Entmündigung wegen Geistesschwäche hat —, die man dem entsprechend die kleine Entmündigung nennen könnte —; dann hat man zu bedenken, dass, abgesehen etwa von den Zuständen der tiefsten geistigen Schwäche, wohl jede Psychose ohne Rücksicht auf ihre Form und Ursachen, lediglich mit Rücksicht auf ihre Stärke und die dadurch bedingten sozialen Folgen civilrechtlich als Geisteskrankheit oder Geistesschwäche gedeutet werden kann; das sind die Gesichtspunkte, die in Zukunft den Psychiater bei seinen Entmündigungsgutachten leiten werden.

Der Gutachter hat sich in seinem Entmündigungsgutachten folgende Fragen vorzulegen:

1) Ist das Individuum überhaupt geisteskrank (im medizinischen Sinne)?
2) Wenn ja, beeinflusst die Geisteskrankheit seine Willensentschlüsse und Handlungen des alltäglichen Lebens?
3) Ist diese Beeinflussung, wenn die vorige Frage bejaht werden muss, so weitgehend, dass sie die Geschäftsfähigkeit des Trägers der Geisteskrankheit völlig oder nur teilweise aufhebt? Nur in ersterem Falle wird das Gutachten den zu Entmündigenden für geisteskrank im Sinne des Gesetzes erachten, sonst nur für geistesschwach.
4) Ist die Geisteskrankheit voraussichtlich dauernd? nur im bejahenden Falle dürfte das ganze kostspielige, zeitraubende, für den geschäftlichen Ruf des zu Entmündigenden sicherlich nicht gleichgültige Entmündigungsverfahren gerechtfertigt erscheinen. Dass die Geisteskrankheit unheilbar sein muss, wird durchaus nicht verlangt.

Da aber mit dem B. G.-B. gleichzeitig das Gesetz in Kraft tritt, welches die Änderungen der Civilprozessordnung betrifft (Einf. Ges. vom 17. 5. 98. Art 1), so verdienen auch die §§ hier eine kurze Besprechung, die das bisher gültige Verfahren in Entmündigungssachen verändern.

Dass die Entmündigung wegen Geisteskrankheit und die wegen Geistesschwäche in der Novelle zur Civilprozessordnung eine ganz gleiche Behandlung erfahren, darauf sei besonders

hingewiesen; es ist also für den Verlauf des Entmündigungsverfahrens, für die prozessuale Seite der Entmündigung ganz gleichgültig, ob die Person geisteskrank oder geistesschwach ist. Dementsprechend lautet § 645: „Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts", an Stelle des früheren bekannten § 593.

Zunächst hat der die Antragsberechtigung behandelnde § 646 einige Änderung erlitten. Wenn auch im Allgemeinen gegen eine Person, die unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden kann, so ist in diesem Falle später der Antrag des Ehegatten zulässig, sei es allein, sei es neben dem Antrage des gesetzlichen Vertreters. Wenn früher nur der Ehemann berechtigt war, den Antrag auf Entmündigung seiner Frau zu stellen, so waren Schwierigkeiten in der Praxis unausbleiblich. Es ist daher fortan auch der Antrag von Verwandten zulässig, aber nur ausnahmsweise, dann nämlich, „wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat, oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrags dauernd ausser Stande oder sein Aufenthaltsort dauernd unbekannt ist".

Für die Einleitung des Entmündigungsverfahrens ist das Amtsgericht, bei welchem der zu Entmündigende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat, auch fernerhin ausschliesslich zuständig (§ 648); das Gericht kann aber nach Einleitung des Verfahrens, wenn es mit Rücksicht auf die Verhältnisse des zu Entmündigenden erforderlich erscheint, die Verhandlung und Entscheidung dem Amtsgericht überweisen, in dessen Bezirk der zu Entmündigende sich aufhält (§ 650 I). Die Überweisung ist nicht mehr zulässig, wenn das Gericht den zu Entmündigenden bereits vernommen hat (§ 650 II).

Darin, dass es von der Vernehmung des zu Entmündigenden abhängt, ob noch die Überweisung an das andere Amtsgericht stattfinden kann, wird der Vernehmung die entscheidende Bedeutung für das ganze Verfahren beigemessen, die ihr auch wirklich zukommt. In Wirklichkeit muss es einen doch recht sonderbar anmuthen, wenn das Amtsgericht A den zu Ent-

mündigenden vernimmt, aber das Amtsgericht B auf Grund der schriftlichen Mitteilungen des andern Amtsgerichts, sowie des Gutachtens des hinzugezogenen Sachverständigen seine Entscheidung trifft. Das heisst denn doch, den Wert der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden völlig verkennen. Der Eindruck, den dieser beim Termin macht, sein ganzes Auftreten und Gebahren lässt sich oft genug nur schwer oder fast gar nicht mit Worten wiedergeben; hierzu kommt noch, dass die Fassung des Protokolls, falls es sich nicht streng an den Wortlaut der geführten Unterredung hält, ihrerseits wieder Ursache weiterer, fast unvermeidlicher Änderungen in der Auffassung und Beurteilung des Falles werden kann. Die persönliche Vernehmung soll, wenn ihr überhaupt Wert beigemessen werden kann, nur von demjenigen verwertet werden, der ihr beigewohnt hat. Demnächst wird denn auch wohl in den meisten Fällen der Richter des Aufenthaltsortes bezw. der Irrenanstalt, wo sich der zu Entmündigende befindet, das Urteil fällen.

Hat der zu Entmündigende seinen Aufenthaltsort inzwischen gewechselt, so ist eine weitere Überweisung gestattet (§ 651). Der Staatsanwalt hat nach wie vor das Recht, den Antrag zu stellen (§ 646 II), er kann das Verfahren durch Stellung von Anträgen betreiben und den Terminen beiwohnen, er ist von der Einleitung des Verfahrens, von einer etwaigen Überweisung und von allen Terminen zu benachrichtigen (§ 652).

Zur Herbeiführung einer grösseren Rechtssicherheit wird dem zu Entmündigenden ausdrücklich das Recht gegeben, vor der Vernehmung ihn entlastendes Material herbeizuschaffen, welches das Gericht aufnehmen muss. § 653 I: „Zuvor ist dem zu Entmündigenden Gelegenheit zur Bezeichnung von Beweismitteln zu geben, desgleichen demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden, welchem die Sorge für die Person zusteht, sofern er nicht die Entmündigung beantragt hat.“

Eine beachtenswerte Neuerung ist es, wenn die Vorführung des zu Entmündigenden zu der Vernehmung angeordnet werden kann (§ 654 I); es ist hiermit diese bisher oft umstrittene Befugnis des Richters ausser allen Zweifel gesetzt. Der Wert der persönlichen Vernehmung erhellt auch daraus, dass sie nur

dann unterbleiben darf, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist (§ 654 III); die Vernehmung darf dann nicht mehr unterbleiben, wenn sie für die Entscheidung unerheblich ist.

Im engen Anschluss an § 81 Str.-P.-O. lautet der § 656:

> „Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit thunlich zu hören."
>
> „Gegen den Beschluss, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu."

Die Beobachtung in einer Anstalt, die übrigens nicht, wie die Str.-P.-O. es verlangt, eine öffentliche zu sein braucht, kann vor oder nach der Vernehmung beschlossen werden. Auch diese Neuerung kann man nur mit Freuden begrüssen.

Zusammengehalten mit § 654 I werden die Fälle fortan seltener werden, wo der Sachverständige sein Gutachten abgiebt, ohne den zu Entmündigenden selber zu sehen, weil dieser sich jeder Beobachtung, sei es in seiner Behausung oder in der Wohnung des Arztes, zu entziehen vermag. Gerade bei den intellektuell noch nicht erheblich geschwächten Paranoikern ereignet es sich oft genug, dass sie keiner Aufforderung des Arztes, sich bei ihm zu stellen, nachkommen; und sucht sie der Arzt auf, so war es dem zu Entmündigenden nicht verwehrt, von dem ihm zustehenden Hausrecht Gebrauch zu machen. Das öffentliche Interesse oder der Schutz der Familie erforderten aber vielleicht unbedingt die Entmündigung. War diese materiell auch noch so sehr begründet, der Entmündigte fand mit seiner Angabe, er sei zu Unrecht entmündigt, um so mehr

Glauben, als er ja in völliger Übereinstimmung mit den thatsächlichen Verhältnissen das Fehlen jeglicher ärztlichen Beobachtung behaupten konnte. Dass hierdurch leicht eine unnötige Beunruhigung eintrat, ist unschwer zu verstehen; aber es fehlte eben bisher an gesetzlichen Maassregeln, um die ärztliche Untersuchung des zu Entmündigenden zu erzwingen.

Im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche ist der Beschluss ausser Andern auch dem Entmündigten selbst zuzustellen (§ 660), und mit dieser Zustellung tritt die Entmündigung in Wirksamkeit (§ 661 II); bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist letzteres der Fall mit der Bestellung des Vormundes (§ 661 I).

Der die Entmündigung ablehnende Beschluss ist von amtswegen auch Demjenigen zuzustellen, dessen Entmündigung beantragt war (§ 662); hiermit will das Gesetz offenbar verhüten, dass eine sachlich nicht berechtigte Entmündigung aus böser, unlauterer Absicht beantragt werden kann, ohne dass Derjenige, den man schädigen wollte, nachher davon etwas erfahren hätte.

Die Entmündigung kann natürlich angefochten werden; die für die Anfechtungsklage zutreffenden Bestimmungen sind §§ 664—674 C.-P.-O.; auf sie hier näher einzugehen, würde zu weit führen, wenngleich hier einige Änderungen gegen früher eintreten. Hat die Anfechtungsklage Erfolg, wird mithin die Entmündigung aufgehoben, so kann gemäss § 115 B. G.-B. „die Wirksamkeit der von oder gegenüber dem Entmündigten vorgenommenen Rechtsgeschäfte nicht auf Grund des Beschlusses in Frage gestellt werden. Auf die Wirksamkeit der von oder gegenüber dem gesetzlichen Vertreter vorgenommenen Rechtsgeschäfte hat die Aufhebung keinen Einfluss."

Es sind also sowohl des Entmündigten, wie des Vormundes Rechtsgeschäfte wirksam, unbeschadet der Gültigkeit von § 105 II; ist von beiden Seiten in derselben Sache eine Entscheidung getroffen, so hat das denselben Effekt, wie wenn eine und dieselbe Person über eine Sache zweimal entschieden hat.

Bestehen aber die Voraussetzungen nicht mehr, welche zur Aussprechung der Entmündigung geführt haben (§ 6 II), so muss sie wieder aufgehoben werden; den diesbezüglichen An-

trag kann nicht nur der Entmündigte oder der Staatsanwalt, sondern auch derjenige gesetzliche Vertreter des Entmündigten stellen, welchem die Sorge für die Person zusteht. Die Wiederaufhebung erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts; es ist aber hier nur das Amtsgericht zuständig, bei welchem der Entmündigte seinen allgemeinen Gerichtsstand hat. Da eine Vernehmung im Interesse dessen liegt, dessen Entmündigung wieder aufgehoben werden soll, so brauchen hierfür keine Zwangsbestimmungen erlassen zu werden. Die Wirksamkeit der Wiederaufhebung erstreckt sich aber nicht auf die Vergangenheit, sondern auf die Zukunft.

Aus dem oben angeführten § 6 des B. G.-B. geht hervor, dass auch die Trunksucht einen Entmündigungsgrund abgeben kann. Es genügt aber nicht allein, dass der unwiderstehliche Hang zum Genuss des Alkohols in irgend einer Form nachgewiesen wird; aus der Fassung des § 6 geht vielmehr auf's unzweideutigste hervor, dass die thatsächlich vorhandene Trunksucht auch gewisse Wirkungen für das Individuum nach sich gezogen haben muss. Bezüglich der ersten Folge ist der Trunksüchtige mit dem Geisteskranken und Geistesschwachen, bezüglich der zweiten Folge mit dem Verschwender in Parallele gesetzt; durch die Wahl des Wortlautes hat man übrigens hierbei der Annahme vorgebeugt, als ob zum Begriff der Verschwendung unbedingt ein aktives Verhalten des zu Entmündigenden notwendig sei; gerade durch ihr Verharren in der extremsten Passivität vernichteten viele Potatoren die materielle Existenz ihrer Familien. Das B. G.-B. geht noch weiter und ermöglicht die Entmündigung des Trunksüchtigen, wenn dieser „die Sicherheit anderer gefährdet“. Es ist somit durchaus nicht notwendig, dass er bereits etwas Strafbares begangen hat; es genügt schon, wenn man derartiges von ihm erwarten kann. Es wird hier der Brunnen schon zugedeckt, bevor ein Kind hereingefallen ist. Hiermit greift das B. G.-B. in die öffentlichen Interessen ein; ein Übergriff liegt aber nicht vor; das lehrt schon die einfache Erwägung, dass man unbedingt verpflichtet und berechtigt ist, einem seine Umgebung gefährdenden Trunksüchtigen die Mittel zur Ermöglichung des

weiteren Alkoholgenusses zu entziehen, ihn mit andern Worten in der freien Verfügung über seine Mittel zu beschränken.

Die Reichstags-Kommission lehnte es ab, vor das Wort „Trunksucht“ das Wort „dauernd“ einzuschalten, und mit Recht; denn dann würde das Gesetz nicht die Möglichkeit geben, auch die sogen. Quartalssäufer, die Dipsomanen, zu entmündigen. Da diese sich und ihrer Umgebung nicht minder gefährlich sein können, so würde durch die vorgeschlagene Fassung die Wohlthat der ganzen Neuerung sehr beeinträchtigt sein.

Der wegen Trunksucht Entmündigte steht dem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat (§ 114), er ist also beschränkt geschäftsfähig (§ 106) — was das Gesetz darunter versteht, ist oben des Genaueren erörtert.

Wichtig ist vor Allem, dass nach § 8 der Vormund den Wohnsitz des Mündels begründen oder aufheben kann. Er kann also den Trunksüchtigen in einer Anstalt unterbringen.

Einen Trunksüchtigen in einer Irrenanstalt unterzubringen, erscheint aus verschiedenen Gründen nicht ratsam. Soll überhaupt die Einführung der Entmündigung wegen Trunksucht Nutzen schaffen, so bedarf es meines Erachtens unbedingt der Errichtung von besonderen Trinkerheilanstalten; mit ihnen steht und fällt alles das, was man sich von dieser neuen civilrechtlichen Behandlung des Potators versprochen hat. Das St.-G.-B. hat mit seinen § 361 [5, 10] und § 362 recht wenig erreicht. Fortan ist es aber nach Ausspruch der Entmündigung möglich, einen Trunksüchtigen einer Anstalt zu überliefern, schon bevor er mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen ist. Noch mehr: wird er in eine zweckmässig und nach wissenschaftlichen Prinzipien geleitete Trinkerheilanstalt gebracht, so besteht die Aussicht auf Heilung oder doch Besserung; so skeptisch man über die Heilung von chronischen Alkoholisten denken mag, wer die Jahresberichte der Trinker-Heilanstalten durchliest, wird sein Vorurteil zum mindesten einschränken müssen.

Dass das B. G.-B. sich trotz lebhafter Opposition in den Kommissionsberatungen sowie im Plenum seiner Aufgabe bewusst wird, den die grösste Gefahr für die Volksgesundheit in körperlicher, geistiger und sittlicher Beziehung bildenden

Alkoholismus zu bekämpfen, kann der Psychiater freudig begrüssen; ist dieser Erfolg doch nicht zum wenigsten den Bemühungen des Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke und des Vereins deutscher Irrenärzte, darunter vor allen Nasse, zu verdanken.

Dem Alkoholisten der ärmeren Bevölkerung ist nach Mendel der Morphinist der wohlhabenden Klasse zur Seite zu stellen; beide chronische Vergiftungen können ganz ähnliche Zustände schaffen. Es ist Mendel nur beizustimmen, wenn er die Möglichkeit einer Entmündigung auch auf den Morphinisten, Kokainisten etc. ausgedehnt wissen möchte; ebenso bezeichnet Kuhlenbeck als wünschenswert die Ausdehnung der gleichen Maassnahmen auf andere moderne Laster, durch welche in Folge des Gebrauches anderer Nervenmittel die Dispositionsfähigkeit beeinflusst wird. Dies hätte um so eher geschehen können, als das B. G.-B. an einer anderen Stelle (§ 827) neben geistigen Getränken „ähnliche Mittel" anführt, die in gleicher Weise wie der Alkohol ein cerebrales Gift darstellen.

Da bislang die Möglichkeit einer Entmündigung wegen Trunksucht nicht vorgesehen war, so finden sich diesbezügliche Vorschriften erst in der Novelle zur C.-P.-O.; in den §§ 680 bis 687 wird das Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht zugleich mit dem wegen Verschwendung abgehandelt.

Die Entmündigung wegen Trunksucht erfolgt ebenfalls durch Beschluss des Amtsgerichts und zwar des Amtsgerichts, bei dem der zu Entmündigende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat; vor Ausspruch der Entmündigung kann der durch diese Bedrohte Material herbeischaffen, welches zu seinen Gunsten spricht (§ 680 III. 653). Der Ausspruch der Entmündigung erfolgt nur auf Antrag; eine Mitwirkung des Staatsanwalts findet nicht statt (680 IV.). Es ist mithin dem Staatsanwalt die Befugnis versagt, gegen einen Potator oder vielmehr Trunksüchtigen den Antrag auf Entmündigung zu stellen; man wollte so der Gefahr vorbeugen, dass der Arbeiter aus politischen Gründen des Wahlrechts beraubt werde. Dass man sich hierzu verstanden hat, kann man nur bedauern. Wer stellt etwa bei einem Junggesellen, der sein Vermögen im Trinken vergeudet, den diesbezüglichen

Antrag? Ein öffentliches Interesse hierzu liegt auch hier vor, wenigstens insofern, als jener, wenn er kein Eigentum mehr hat, aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden muss. Ebenso wird sich auch oft genug die Frau eines Trunksüchtigen nur schwer oder gar nicht entschliessen können, seine Entmündigung zu beantragen; sie hat schon soviel erlitten, und um nicht neuen Quälereien entgegen zu gehen, meidet sie diesen Schritt. Bayern, Sachsen, Sachsen-Weimar sind in diesem Punkt viel günstiger gestellt; denn die hier herrschenden „landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen eine Gemeinde oder ein der Gemeinde gleichstehender Verband oder ein Armenverband berechtigt ist, die Entmündigung wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht zu beantragen, bleiben unberührt" (§ 680 V). Es ist sicherlich wünschenswert, wenn ähnlich lautende Vorschriften recht bald für den ganzen Bezirk, in dem das B. G.-B. gilt, erlassen werden.

Von grossem Belang für die rechtliche Behandlung, die dem Potator im B. G.-B. zu theil wird, ist noch § 681: „Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde." Auch wenn die materiellen Grundlagen zu der Verhängung einer Entmündigung vorhanden sind, braucht die Entmündigung, selbst nachdem ein Antrag gestellt ist, nicht ausgesprochen zu werden, und zwar dann, wenn Aussicht auf Besserung besteht. Die Mitwirkung von Sachverständigen bei der Entmündigung von Trunksüchtigen ist nirgendwo erwähnt, also jedenfalls nicht vorgesehen oder gar nothwendig. Ob aber nicht die Hinzuziehung von Sachverständigen, wenigstens in einzelnen Fällen, im Interesse der ganzen Sache wünschenswert ist, ist eine andere Frage. Das würde unbedingt hier der Fall sein, wo dem Richter, dem man ja sonst im Gebiete der Trunksucht ein Sachverständnis nicht absprechen kann, eine ihm ungewöhnliche Aufgabe zugetraut wird, nämlich die, eine Prognose zu stellen. In einer ähnlichen Lage befindet sich übrigens auch der Richter, wenn er feststellen soll, ob der Trunksüchtige die Sicherheit anderer gefährdet.

Einen praktischen Erfolg hat obige Maassregel aber erst

dann, wenn der Potator aus der über ihm drohenden Entmündigung den Schluss zieht, sich in eine Trinkerheilanstalt zu begeben und hier Heilung zu suchen. Das Amtsgericht wird ja davon, ob dies der Trunksüchtige thut, seine weitere Entscheidung abhängig machen können. Diese gesetzlich gestattete Internirung würde vor der erst nach Ausspruch der Entmündigung erfolgenden Anstaltsbewahrung den Vorteil haben, dass die Kosten des ganzen Verfahrens dem Entmündigten erspart werden (§ 682), und eine öffentliche Bekanntmachung der wegen Trunksucht erfolgten Entmündigung seitens des Amtsgerichts nicht stattzufinden hätte (§ 687).

Da mit dem Eintritt der Gültigkeit des B. G.-B. in mancher Hinsicht eine neue Rechtsordnuug geschaffen wird, so bedarf es besonderer Vorschriften, die den Übergang von den alten zu den neuen Rechtsverhältnissen regeln. An erster Stelle interessirt uns Art. 155 des Einleitungsgesetzes: „Wer zur Zeit des Inkrafttretens des B. G.-B. wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, steht von dieser Zeit an einem nach den Vorschriften des B. G.-B. wegen Geisteskrankheit Entmündigten gleich.“ Es besteht kein sehr wesentlicher Unterschied zwischen früher und jetzt hinsichtlich der materiellen Voraussetzungen der Entmündigung wegen Geisteskrankheit, sowie hinsichtlich des Einflusses einer solchen Entmündigung auf die Geschäftsfähigkeit; es konnte daher ohne Bedenken die frühere Entmündigung der neuen, den Bestimmungen des B. G.-B. entsprechenden gleichgestellt werden. Fortan aber ist dieses allein gültig, es werden lichte Zwischenräume nicht mehr berücksichtigt, wenn solche auch nach dem früheren Gesetz gelten; und der nach dem Landrecht wegen Blödsinns Entmündigte ist nun nicht mehr beschränkt geschäftsfähig, sondern geschäftsunfähig. Es besagt Art. 210, dass „auf eine zur Zeit des Inkrafttretens des B. G.-B. bestehende Vormundschaft oder Pflegschaft von dieser Zeit an die Vorschriften des B. G.-B. Anwendung finden.“

Im Interesse der Kontinuität der vormundschaftlichen Verwaltung ist die Beibehaltung des bisherigen Vormundes geboten, wenn er nicht als inzwischen Entmündigter nach § 1885 I B. G.-B. entlassen werden muss. Schliesslich ist hier noch zu erwähnen

Art. 211: „Die nach den französischen oder badischen Gesetzen für einen Geistesschwachen angeordnete Bestellung eines Beistandes verliert mit dem Ablaufe von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des B. G.-B. ihre Wirkung.“ Der Verbeistandete (code civil art. 499, bad. L.-R., Satz 499) ist nur in Ansehung gewisser Rechtsgeschäfte, die namentlich aufgeführt sind, an die Mitwirkung des Beistandes gebunden; ihn nach dem Jahre 1900 einem auch nur wegen Geistesschwäche Entmündigten gleichzustellen, hiesse die Folgen der Verbeistandung sehr erheblich verschärfen; demgegenüber erscheint das Wagnis, dem bisher Verbeistandeten völlige Freiheit in seinen Geschäften wiederzugeben, nicht sonderlich gross; die Gefahr ist um so geringer anzuschlagen, als ja doch nötigenfalls immer noch der Antrag auf Entmündigung gestellt werden kann.

Wenn auch das Entmündigungsverfahren durch die C.-P.-O. wesentlich vereinfacht ist, so wird es sich doch ereignen können, dass es sich recht lange hinzieht, ohne dass der zu Entmündigende in der Zwischenzeit die ihm wünschenswerte vormundschaftliche Fürsorge für sein Vermögen und seine Person geniesst; das wird insbesondere dann bedenklich sein, wenn das Vermögen des der Fürsorge Bedürftigen gefährdet ist. Die Einrichtung der Pflegschaft (P.-V.-O., § 90) ist hier nicht immer ausreichend. Diesen Verhältnissen, die der code civil mit art. 497 beachtet, trägt das B. G.-B. Rechnung mit dem § 1906: „Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.“ Die Aussprechung der vorläufigen Vormundschaft ist somit an zwei Bedingungen geknüpft: erstens muss die Entmündigung schon beantragt sein, zweitens muss eine erhebliche Gefahr vorliegen. Das wird vorzugsweise beim Verschwender der Fall sein, der die freie Zeit benutzen könnte, in der Vergeudung seines Vermögens fortzufahren. Giebt Geisteskrankheit den Grund zur Entmündigung ab, so kann schon unter Berufung auf § 105 II ein Rechtsgeschäft für nichtig erklärt werden; demgegenüber hat aber doch die Vormundschaft und damit auch die vorläufige den grossen Vorzug, dass

bei ihr die Annahme einer regelmässigen Beeinträchtigung der Geschäftsfähigkeit ohne jeden weiteren Sachverständigenbeweis zutrifft.

Der unter vorläufiger Vormundschaft Stehende ist beschränkt geschäftsfähig (§ 114, 106), ist also ebenso gestellt wie der Minderjährige, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, und der wegen Geistesschwäche, Trunksucht (Verschwendung) Entmündigte.

Weitere einschlägige Bestimmungen trifft noch § 1908: „Die vorläufige Vormundschaft endigt mit der Rücknahme oder der rechtskräftigen Abweisung des Antrags auf Entmündigung.

Erfolgt die Entmündigung, so endigt die vorläufige Vormundschaft, wenn auf Grund der Entmündigung ein Vormund bestellt wird.

Die vorläufige Vormundschaft ist von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben, wenn der Mündel des vorläufigen vormundschaftlichen Schutzes nicht mehr bedürftig ist,“

und § 115 II: darnach sind sowohl die von dem Vormund wie auch die von dem Entmündigten vorgenommenen Rechtsgeschäfte wirksam, wenn „der Antrag auf Entmündigung zurückgenommen oder rechtskräftig abgewiesen oder der die Entmündigung aussprechende Beschluss in Folge einer Anfechtungsklage aufgehoben wird.“

Das B. G.-B. kennt keine Pflegschaft im Sinne des § 90 der P.-V.-O., wohl aber eine Pflegschaft über Gebrechliche im § 1910 II:

„Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.“ Von besonderem Belang sind für uns die geistigen Gebrechen; diese dürfen natürlich nicht so erheblich sein, dass eine allgemeine Fürsorge und damit die Entmündigung (§ 6) angezeigt erscheint.

Die Pflegschaft kann als eine partielle, freiwillige, vormundschaftliche Fürsorge angesehen werden, indess ist das Einverständnis des Schutzbedürftigen nicht unbedingtes Postulat; es kann von seiner Einholung Abstand genommen werden, wenn sie an der Unmöglichkeit einer Verständigung scheitert. Sache des Sachverständigen wird es sein, im Einzelfalle sich über das Vorhandensein geistiger Gebrechen, deren Grad und Art zu äussern; er wird insbesondere zu entscheiden haben, ob und warum die Ansicht des an geistigen Gebrechen Leidenden zutrifft, dass er diese oder jene bestimmten Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag. Es ist noch darauf hinzuweisen, dass die Pflegschaft und vorläufige Vormundschaft sich nur auf Volljährige (im Gegensatz zur Entmündigung) erstreckt. Nach § 1920 ist die Pflegschaft vom Vormundschaftsgericht aufzuheben, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt. Auch hier geniesst er also volle Selbständigkeit, wie denn überhaupt die Pflegschaft die Geschäftsfähigkeit nicht im mindesten berührt, abgesehen von den einzelnen vorgesehenen Geschäften.

B. Geschäftsfähigkeit für Rechtsgeschäfte besonderer Art.

Damit dürften die Bestimmungen des B. G.-B. besprochen sein, welche die für alle Rechtsgeschäfte gültigen Normen enthalten, soweit sie den Psychiater angehen. Es ist aber schon oben darauf hingewiesen worden, dass das B. G.-B. einigen Rechtsgeschäften wegen ihrer Wichtigkeit nicht nur, sondern auch wegen ihrer Eigenart eine Sonderstellung eingeräumt und für sie noch weitere Spezialvorschriften erlassen hat. Für uns kommen vorwiegend nur die Testier- und die Ehefähigkeit in Betracht.

Was die Fähigkeit zur Testamentserrichtung angeht, so ist ein Testament natürlich nichtig, wenn es im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit errichtet wird (§ 105 II); ebenso ist der wegen Geisteskrankheit Entmündigte dazu unfähig, auch dann, wenn etwa ein lichter Zwischenraum zur fraglichen Zeit vorhanden war, die Entmündigung aber noch, wenn auch vielleicht nur formell, zu recht bestand.

Aber auch der wegen Geistesschwäche (Verschwendung) oder Trunksucht Entmündigte kann ein Testament nicht errichten (§ 2229 III). Diese Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrages ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt (§ 2229 III). Durch die letztere Fassung wird verhütet, dass der zu Entmündigende die ihn in seiner Geschäftsfähigkeit noch nicht schädigende Zwischenzeit zur Errichtung eines unzweckmässigen Testaments, das die Seinigen schädigt, benutzt, sei es nun, dass er sich an dem Antragsteller rächen will, sei es nun, dass er den Einflüsterungen Anderer Gehör leiht. Es ist also, wenn die Entmündigung nachher erfolgt, von vornherein nur die eine Annahme zulässig, dass er zur Errichtung eines Testaments nicht befähigt und berechtigt war; es bedarf nicht mehr des hier oft sehr schwierig zu führenden Sachverständigenbeweises, dass § 105 II zutrifft. Der Entmündigte ist wesentlich schlechter gestellt als der Minderjährige, der nach dem 16. Lebensjahr ein Testament errichten kann (§ 2229 II); man fürchtete eben, dass der Entmündigte oder der zu Entmündigende leicht der Gefahr ausgesetzt sei, von seinem etwaigen Rechte keinen angemessenen, den Interessen seiner Familie dienenden Gebrauch zu machen.

Wenn der Zeitpunkt der Stellung des Antrags für den Eintritt der Unfähigkeit zur Testamentserrichtung maassgebend ist, so gilt dies nach dem Wortlaut des § 2229 III nur dann, wenn dem Antrage auch wirklich Folge gegeben wird.

Nur in zwei Fällen hat ein Entmündigter, gleichgültig ob das Gesetz in ihm einen Geisteskranken oder Geistesschwachen sieht, das Recht, ein Testament zu errichten. Dies trifft einmal dann zu, wenn ein Entmündigter testirt, bevor der die Entmündigung aussprechende Beschluss unanfechtbar geworden ist, worüber die §§ 660, 661, 664 C.-P.-O. entscheiden, und der Entmündigte noch vor dem Eintritt der Unanfechtbarkeit stirbt (§ 2230 I); es fehlt dann eben an einer sicheren Grundlage für die Annahme, der Betreffende sei zur Zeit der Errichtung des Testamentes in seiner Geschäftsfähigkeit beeinträchtigt. So wird der Entmündigte bewahrt vor der Wirkung einer vielleicht übereilten Entmündigung. Ebenso verliert das Testament eines Entmündigten seine Gültigkeit nicht, wenn es nach der

Stellung des Antrags auf Wiederaufhebung der Entmündigung errichtet, und die Entmündigung dem Antrage gemäss wieder aufgehoben wird. Dann beweist eben der Erfolg des Antrags, dass eine materielle Grundlage zur Entmündigung nun nicht mehr vorhanden ist (§ 2230 II).

„Die Entmündigung des Erblassers wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht steht dem Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testaments nicht entgegen" (§ 2253 II). Da er aber zur Errichtung eines Testaments unfähig ist, so kann der Widerruf nicht durch Testament erfolgen (§ 2254), sondern vielmehr durch Vernichtung der Urkunde (§ 2255) oder Rücknahme aus der Verwahrung (§ 2256).

Wer nach der Überzeugung des Richters oder des Notars stumm oder sonst am Sprechen verhindert ist — und davon wird sich der Jurist auch wohl bei einem an motorischer Aphasie Leidenden überzeugen können —, kann das Testament nur durch Übergabe einer Schrift errichten (§ 2243 I); er muss durch „eigenhändige" Schrift die Erklärung abgeben, dass die übergebene Schrift seinen letzten Willen enthalte. Gesetzt nun den Fall, dass der Testamentserrichter nicht nur an motorischer Aphasie, sondern auch an Lähmung des rechten Armes leidet, was beides ja auf einen und denselben pathologisch-anatomischen Prozess zurückgeführt werden kann, und er mit der linken Hand nicht zu schreiben vermag, so ist er ausser Stande, ein rechtswirksames Testament zu errichten. Seine geistigen Kräfte brauchen durchaus nicht gelitten zu haben, eine Beschränkung der Geschäftsfähigkeit braucht nicht im mindesten vorzuliegen, und dennoch ist ihm die Errichtung eines Testaments verschlossen, weil ihm die Möglichkeit fehlt, seinem Willen in einer auch der Umgebung verständlichen Form Ausdruck zu geben. In der That scheint es recht bedenklich, bei einem Rechtsgeschäft von so weittragender Bedeutung, wie es ein Testament darstellt, neutralen Zeichen, wie Bewegungen des Kopfes, der Hand usw., eine rechtswirksame Gültigkeit beizulegen, um so mehr, als Suggestivfragen seitens der Andern doch immer vorhergehen müssen.

Aber nicht nur die Fähigkeit, ein Testament zu errichten, erheischt eine Besprechung für sich; das Gleiche gilt auch

von den Beziehungen zwischen der Psychiatrie und dem Eherecht.

Die Eheschliessung ist, rechtlich betrachtet, ein Rechtsgeschäft. Wenn nach § 105 I die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen nichtig ist, und wenn das gleiche nach § 105 II gilt für eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird, so ist es nicht mehr als konsequent, wenn § 1325 I besagt: „Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschliessung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit befand." Dass hierbei in einzelnen Fällen Härten und Ungerechtigkeiten unterlaufen, ergiebt sich von selbst; dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn die Geisteskrankheit an sich ohne jeglichen Einfluss auf die Eheschliessung bleibt oder vielmehr geblieben ist.

Dieses Hindernis, welches das Fehlen eines begriffswesentlichen Moments für die Gültigkeit einer Eheschliessung darstellt, kann aber schwinden, vorzugsweise dann, wenn die Störung der Geistesthätigkeit nur vorübergehender Natur oder Bewusstlosigkeit ist, wenn sie aber zur Zeit der Eheschliessung thatsächlich bestanden hat. Es liegt dann im öffentlichen Interesse nicht allein, sondern auch im Interesse der bei der Eheschliessung Beteiligten, dass die Möglichkeit gegeben wird, die Ehe aufrecht zu erhalten. Eine neue Eheschliessung zu verlangen — die bisherige nichtige Ehe braucht wohl nicht (§ 1309 I) zuvor für aufgelöst erklärt zu werden —, würde nicht nur unnötige Mühe und Kosten verursachen, sondern auch Zeit, und diese Verzögerung könnte leicht bedenklich werden. In Aller Interesse liegt es vielmehr, wenn in diesem Falle von der sonst sog. prinzipiellen Unheilbarkeit eines nichtigen Rechtsgeschäfts eine Ausnahme gemacht wird, und die ausdrückliche oder auch nur stillschweigende Bestätigung der Eheschliessung von seiten des später wieder Gesunden und somit auch geschäftsfähig Gewordenen genügte, dann natürlich mit rückwirkender Kraft. Ist der Nichtigkeitsprozess bereits erledigt, so bedarf es einer neuen förmlichen Eheschliessung; vorher aber, im Verlaufe des Prozesses, kann eine wirksame Bestätigung erfolgen,

so lange überhaupt nach den Bestimmungen der C.-P.-O. noch Thatsachen mit Erfolg vorgebracht werden können. Dementsprechend lautet § 1325 II: „Die Ehe ist als von Anfang an gültig anzusehen, wenn der Ehegatte sie nach dem Wegfalle der Geschäftsunfähigkeit, der Bewusstlosigkeit oder der Störung der Geistesthätigkeit bestätigt, bevor sie für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist. Die Bestätigung bedarf nicht der für die Eheschliessung vorgeschriebenen Form.“

Der Sachverständige kann hier in zweifacher Weise thätig sein, je nachdem es sich handelt um die Beurteilung des Geisteszustandes zur Zeit der Eheschliessung oder zur Zeit der Bestätigung der früher erfolgten Eheschliessung; ist das Individuum wegen Geisteskrankheit entmündigt, dann fällt die Sachverständigenthätigkeit als überflüssig weg.

Dies betraf die Gültigkeit der von einem Geschäftsunfähigen geschlossenen Ehe. Über den beschränkt Geschäftsfähigen verfügt der § 1331: „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschliessung oder im Falle des § 1325 zur Zeit der Bestätigung in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschliessung oder die Bestätigung ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.“ Der Mangel des Einverständnisses des gesetzlichen Vertreters hat hier nur aufschiebende Wirkung, da man im Allgemeinen doch voraussetzen kann, dass der Eheschliesser das Wesen der Ehe kennt; es soll eben doch der Mündel, wie bei jedem andern Rechtsgeschäft, das für ihn nicht einen lediglich rechtlichen Vortheil bedeutet, sondern ihm vielmehr Verpflichtungen mannigfacher Art auferlegt, so auch hier nicht den Schutz entbehren, den ihm das Gesetz nun einmal garantirt hat. Zur Anfechtung berechtigt ist in diesem Falle nur der Vormund; ist der Eheschliesser inzwischen geschäftsunfähig geworden, so bedarf der gesetzliche Vertreter der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (§ 1336 II).

Wenn schon bei einer an und für sich nichtigen Eheschliessung das Gesetz die Möglichkeit einer Convalescenz zulässt, so wird dies hier noch mehr der Fall sein müssen, sei es nun, dass der anfechtungsberechtigte Ehegatte später wieder unbeschränkt geschäftsfähig wird und dann die Ehe bestätigt,

sei es, dass der gesetzliche Vertreter sie genehmigt. Dies ist natürlich in den Fällen, die uns interessiren, bei den wegen Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigten, der Vormund. Verweigert dieser die Genehmigung, so kann auf den Antrag des Ehegatten an seiner Stelle das Vormundschaftsgericht entscheiden; dieses muss die Genehmigung geben, wenn die Aufrechterhaltung der Ehe im Interesse des Mündels liegt (§ 1337). Zu berücksichtigen wäre hierbei immer noch, ob nicht der nachträglichen Genehmigung der Eheschliessung ärztlicherseits Bedenken in Hinsicht auf die etwaigen Nachkommen hindernd im Wege stehen könnten.

Die Gültigkeit einer Ehe ist in diesen beiden Fällen in Frage gestellt durch den Geisteszustand eines der beiden Ehegatten in dem Momente, wo die Ehe geschlossen wurde; ihre Gültigkeit ist aber, soweit es den Psychiater angeht, auch dann fraglich, wenn bestimmte, auf den Geisteszustand des einen Ehegatten bezugnehmende Voraussetzungen seitens des andern Ehegatten sich später als nicht zutreffend erweisen. Die Ehe kann nämlich von dem Ehegatten angefochten werden, „der zur Eingehung der Ehe durch arglistige Täuschung über solche Zustände bestimmt worden ist, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. Ist die Täuschung nicht von dem andern Ehegatten verübt worden, so ist die Ehe nur dann anfechtbar, wenn dieser die Täuschung bei der Eheschliessung gekannt hat“ (§ 1334). Es brauchen diese Umstände durchaus nicht solche persönliche Eigenschaften zu sein, welche den die Ehe anfechtenden Ehegatten unbedingt abhalten mussten, die Eheschliessung einzugehen; es genügt schon, wenn diese Eigenschaften derart sind, dass man sie nach Lage der Sache für geeignet halten konnte; die Frage erheischt also eine sehr individualisirende Behandlung. Als ein zur Anfechtung berechtigendes Moment ist sicherlich das frühere Überstehen einer Geisteskrankheit anzusehen; denn ganz abgesehen davon, dass ein Individuum, das schon einmal geisteskrank war, a priori viel mehr der Gefahr ausgesetzt ist, von neuem psychisch zu erkranken, als Derjenige, welcher sich bisher einer völligen Geistesgesundheit erfreuen konnte, sind auch die event.

Nachkommen der Gefahr einer erblichen Belastung ausgesetzt; dass gerade dieser letzte Punkt einer verständigen Würdigung des Wesens der Ehe entspricht, darüber kann wohl kein Zweifel sein. Übrigens ist die Frau durch die etwaige Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett unverhältnismässig mehr der Gefahr ausgesetzt, wiederum eine Psychose zu bekommen, als der männliche Teil. Gleichen Einfluss wie der Geisteskrankheit wird man auch der Epilepsie beimessen dürfen; v. Krafft-Ebing hebt hier noch die konträre Sexualempfindung hervor.

Es wird hierbei unter Umständen der Psychiater dem Richter zur Hand gehen müssen; einmal wird er dann zu entscheiden haben, ob der zur Anfechtung berechtigende Umstand wirklich den Thatsachen entspricht, und ob er ferner die vom Gesetz für ihn postulirte Qualität besitzt. Die Beurteilung wird nicht immer leicht sein; man denke etwa an Epilepsie, die sich nur in nächtlichen, unerheblichen Anfällen kundgiebt.

Ist die arglistige Täuschung durch einen Dritten ausgeübt, so giebt sie nur dann einen Anfechtungsgrund ab, wenn der Ehegatte um die Täuschung gewusst hat (§ 1334 I).

Vorausgesetzt ist hierbei immer die arglistige Täuschung, also eine bewusste, absichtliche Lüge. Wie aber ist der Fall zu beurteilen, wenn dieselben zur Anfechtung berechtigenden Umstände bei einem Ehegatten vorliegen, dieser aber dem andern hierüber Mitteilung zu machen vergass, auch nicht von ihm darnach gefragt wurde? Der Standpunkt, den man dieser Frage gegenüber einnimmt, wird davon abhängen, ob man der Ansicht ist, dass der eine Verlobte verpflichtet ist, dem anderen Teile, auch ohne dessen Zuthun, freiwillig über persönliche Eigenschaften, die ihn „bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden“ (§ 1333, 1334), Auskunft zu geben oder nicht. Nimmt man ersteres an, so ist der Schuldige sicherlich milder zu beurteilen, als Derjenige, der durch arglistige Täuschung zu seinem Ziele gelangt ist, da die böse Absicht weniger ausgesprochen ist. Der § 1333 könnte dann unter Umständen Anwendung finden. Wenn hier das Gesetz von persönlichen Eigenschaften spricht, so sind darunter sicher-

lich solche verstanden, die zur Zeit noch vorhanden sind. Eine schon längst überstandene Geisteskrankheit kann aber auch jetzt noch, wenn auch freilich vorläufig nur latent, in Wirksamkeit sein, sei es durch Schädigung des betreffenden Individuums, das seine Disposition zu Geisteskrankheiten schon deutlich bekundet hat, sei es durch Schädigung der event. Nachkommen. Das wird natürlich nicht bei jeder Psychose zutreffen, und nicht jeder wird darin, dass der andere Ehegatte einmal krank war, einen Hinderungsgrund für die Eheschliessung finden. Also auch hier wieder ist die Entscheidung nur von Fall zu Fall möglich.

Von geistigen Störungen, die die Giltigkeit einer Ehe beeinflussen können, sind jetzt solche besprochen, die vor dem Zeitpunkt der Eheschliessung gelegen haben, welche also je nachdem die Eheschliessung verhindert haben würden, und des ferneren solche, die gerade zur Zeit der Eheschliessung vorgelegen haben, die somit die Geschäftsfähigkeit speziell in diesem einen Punkte in Frage stellten. Eine dritte Möglichkeit ist noch die, dass nach der rechtswirksam vollzogenen Eheschliessung sich später erst Geistesstörungen einstellen; und damit ist die vielumstrittene und vielfach angefochtene Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit angeschnitten.

Der § 1569 lautet: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist."

Hier wird mit dem Prinzip gebrochen, dass nur das schuldhafte Vergehen eines Gatten dem andern Gatten einen Grund abgiebt zur Klage auf Ehescheidung; dementsprechend war früher in einzelnen Bezirken (Prov. Hannover, Schwarzburg-Rudolstadt, Schwarzburg-Sondershausen) die Geisteskrankheit nur dann ein Grund, wenn sie selbstverschuldet war. Ähnliche Maassnahmen wünschte seiner Zeit auch v. Krafft-Ebing für das B. G.-B. Aber mit Fug und Recht hat man sich solchen Erwägungen verschlossen; die Lehre von der

Aetiologie der Geisteskrankheiten ist noch zu unklar, und beim Ausbruch einer Psychose sind doch fast immer mehrere Ursachen thätig, deren gegenseitigen Wert abzuschätzen fast unmöglich ist.

Wenn das B. G.-B. somit das sonst allgemein gültige Verschuldungsprinzip aufgiebt, so wollte es die Scheidung einer Ehe durch Geisteskrankheit in Analogie setzen zu der Auflösung der Ehe durch den Tod eines der Ehegatten; es liegt aber dann nicht ein physischer, sondern ein geistiger Tod vor. Ist dem so, dann muss aber auch verlangt werden, dass eine Geisteskrankheit nur dann einen Scheidungsgrund abgeben soll, wenn sie jede geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten unmöglich macht. Auch hier wird es, wie oben, nicht sowohl auf die Form der Geisteskrankheit ankommen, wie vielmehr auf ihre Art. Auch hier wieder ist strenge Individualisirung geboten. Ein Paranoiker, dessen Wahnideen so harmloser Natur sind, dass er ungestört seines Amtes walten kann, so dass er keinem Laien weder durch Wort noch durch That als Kranker imponirt, wird seine Ehe sicherlich unbeschadet fortsetzen können. Anders ist aber der Paranoiker zu beurteilen, den seine Wahnideen zu thätlichen und wörtlichen Beleidigungen seiner Ehefrau hinreissen. Vielfach werden hier die Fälle von tiefer geistiger Verblödung mit Erregungszuständen in Betracht kommen, die einer Anstaltsbehandlung bedürfen, weniger der paralytische Blödsinn, da die Lebensdauer der Paralytiker doch immer eine mehr oder weniger beschränkte ist, als etwa der Blödsinn der Epileptiker.

Es soll ferner die Scheidung dann nicht erfolgen, wenn noch Aussicht besteht, dass sich der Zustand des Geisteskranken bessert. Es wird also Unheilbarkeit des Leidens verlangt, worüber der Sachverständige zu befinden hat. Seine Aufgabe ist noch enger umschrieben; er muss die Frage beantworten: ob jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Dies ist eine ärztliche Frage. Die Entscheidung darüber, ob die Geisteskrankheit zur Zeit den vorgeschriebenen Grad erreicht hat, liegt hier wie in analogen Fällen, in der Hand des Richters; der Psychiater hat ihm nur die nötigen Materialien an die

Hand zu geben, damit er sich über diese Frage schlüssig werden kann.

Nun ist freilich die Prognose nicht immer mit absoluter Sicherheit zu stellen, wenngleich Irrthümer nach der gedachten Richtung hin thatsächlich viel weniger häufig vorkommen als dem Psychiater zugetraut wird. Ebensowenig können jene sensationellen Romane ernst genommen werden, die den Leser glauben machen wollen, dass Irrthümer hier so leicht begangen werden. Die Krankheit, bei der die Prognose noch am sichersten zu stellen ist, die Paralyse, kommt naturgemäss weniger in Betracht. Man kann es daher dem Gesetzgeber nicht verargen, wenn er sich gegen etwaige Irrthümer in der Prognostik möglichst schützt. Demzufolge wird verlangt, dass die Geisteskrankheit während der Ehe schon drei Jahre gedauert habe. Das Gesetz sagt nichts darüber, ob die Geisteskrankheit während des gedachten Zeitraums den jetzt bei der Stellung der Klage auf Ehescheidung notwendigen Grad gehabt hat, ob die Psychose immer und ununterbrochen derart gewesen sein muss; es genügt mithin festzustellen, dass die Psychose überhaupt drei Jahre bestanden haben muss. Auch dies wieder eine rein ärztliche Frage. Eine Anstaltsbeobachtung ist nicht vorgesehen, und andererseits ist die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit völlig unabhängig von einer Entmündigung. Von Interesse ist für uns nur § 623 der C.-P.-O.: „Auf Scheidung wegen Geisteskrankheit darf nicht erkannt werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Beklagten gehört hat“.

Des Sachverständigen Thätigkeit wird hier darauf hinaus laufen, den Nachweis zu erbringen, dass bei dem nicht klagenden Ehegatten eine Geisteskrankheit vorliegt, die in Bezug auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft drei scharf umschriebene Bedingungen erfüllen muss:

1) die Krankheit muss während der Ehe drei Jahre gedauert haben;

2) sie muss zur Zeit einen solchen Grad erreicht haben, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist;

3) es muss jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen sein.

In §§ 1478 III und 1583 wird dem geisteskranken Ehegatten noch ein besonderer Schutz zu Teil; jener Paragraph sichert ihm den Teil des Vermögens, der seiner Herkunft nach ihm gehört, dieser legt dem gesunden Ehegatten die Pflicht auf, dem anderen Ehegatten Unterhalt in gleicher Weise zu gewähren, als ob er der allein für schuldig erklärte Gatte sei. Der gesunde Gatte kann sich damit zufrieden geben, denn es war ja doch sein freier Wille, wenn er die Scheidung beantragte. Dann aber bieten auch beide Bestimmungen, deren Wirkung sich über die Ehescheidung hinaus erstreckt, eine gewisse Garantie gegen etwaigen Missbrauch des Scheidungsrechts; dass mit letzterem ein „Wall gegen die progressive Degeneration der Race“ (Dally) geschaffen wird, darauf sei nur nebenbei hingewiesen.

II. Deliktsfähigkeit.

Es erübrigt noch, in Kurzem der Deliktsfähigkeit zu gedenken. Dies ist die Fähigkeit, unerlaubte Handlungen, d. i. Handlungen, die gegen die Rechtsordnung (§ 823—825) oder gegen die guten Sitten (§ 826) verstossen, gleichgültig ob vorsätzlich oder fahrlässig, zu begehen, und zwar mit der Verpflichtung, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

Zunächst sei die Verantwortlichkeit für eigene Handlungen erörtert.

Ist hier Derjenige, dessen Geisteszustand ein fraglicher ist, das Objekt, also derjenige, gegen den die verbotene Handlung sich richtet, so kann § 823 (wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt, ist dem Anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet) in folgender Weise etwa zutreffen.

Einmal wird sich der Fall ereignen können, dass ein Anstaltsdirektor einen Menschen für lange Zeit in seiner Anstalt behält, ohne sich trotz aller Beschwerden des Andern auch nur im Geringsten um dessen Geisteszustand zu kümmern; stellt sich nachher heraus, dass der Betreffende überhaupt nicht krank

gewesen ist — ein Fall, der aller gegnerischen Behauptung zum Trotz bis heute sich noch nicht ereignet hat —, so kann, wenn böse Absicht fehlt, der Direktor wegen fahrlässiger Freiheitsverletzung auch civilrechtlich zur Verantwortung gezogen werden; er hat fahrlässig gehandelt, weil er (§ 276 I) die im Verkehr erforderliche Sorgfalt ausser Acht gelassen hat; der Anstaltsbetrieb würde in diesem Falle gleichbedeutend sein mit dem Ausdruck Verkehr.

In ähnlicher Lage befindet sich der Arzt, der das Aufnahmeattest ausstellt. Doch ist hierbei zu berücksichtigen, dass der praktische Arzt für gewöhnlich weniger in der Psychiatrie bewandert ist als der Anstaltsarzt, und dass er daher milder beurteilt werden muss. Selbstverständlich ist, dass er sich dabei keine grobe Fahrlässigkeit zu Schulden kommen lässt, dass er nicht etwa das Attest ausstellt ohne eigene Untersuchung, deren Ausführung nicht mit Schwierigkeiten verknüpft gewesen wäre.

Das ist übrigens ohne Belang, ob der gleichgültig wie Beschädigte geisteskrank oder geistesgesund ist, sowie auch Derjenige, welcher den Angriff eines Geisteskranken lebhaft abwehrt, der Wohlthat des § 227 teilhaftig wird.

Ebenso muss Derjenige, der durch ein schuldhaftes Vorgehen die geistige Gesundheit des andern stört oder sogar dem andern eine Verletzung beibringt, die ihrerseits wieder eine Geisteskrankheit nach sich zieht, hierfür haften.

Die andere Möglichkeit der Deliktsfähigkeit für eigene Handlungen ist die, dass Thäter und Geisteskranker identisch sind; hier ist Derjenige, dessen Geisteszustand ein pathologischer sein kann, das Subjekt.

Was zunächst die Altersgrenzen des Thäters angeht, die auch den Psychiater interessieren, da sie ja in erster Linie auf die allmähliche geistige Entwickelung des wachsenden Menschen Bezug nehmen, so ist Derjenige, der das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nicht verantwortlich (§ 828 I cf. St.-G.-B. § 55); hat der Thäter das 7., aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet, so ist er für einen Schaden, den er einem andern zufügt, nicht verantwortlich, wenn er bei der Begehung der schädigenden

Handlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht hat (§ 828 II. cf. Str.-G.-B. § 56 u. 57).

Das Kind nach dem 7. Lebensjahr ist also nicht absolut deliktsfähig; das wäre eine zu unbillige Behandlung der geistig noch nicht voll entwickelten Individuen. Die Deliktsfähigkeit ist vielmehr bei ihnen an den Nachweis gebunden, dass sie die aus der Handlung drohende Gefahr oder den Schaden erkennen konnten, soweit dies menschlicher Voraussicht nach überhaupt möglich war. Auch hier wird der Psychiater seine Mitwirkung nicht versagen dürfen, besonders bei dem grossen Heer der Schwachsinnigen, die zu den jugendlichen Übelthätern das grösste Kontingent stellen.

Der Geschädigte hat das Bestehen der erforderlichen Einsicht zu beweisen.

Über die Deliktsfähigkeit eines geisteskranken Individuums entscheidet § 827: „Wer im Zustande der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit einem Andern Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich.“

Des Entmündigten ist weder hier noch an anderer Stelle auch nur mit einem Worte gedacht. Es geht daraus hervor, dass das Gesetz den Entmündigten, auch nicht wenn Geisteskrankheit die Entmündigung bedingte, nicht unbedingt für deliktsunfähig hält. Ist doch von vornherein die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass der Entmündigte in einem lucidum intervallum die strafbare Handlung begangen hat oder dass er inzwischen von seiner Geisteskrankheit genesen ist, die Entmündigung indess noch zu recht bestand.

Gleichgültig, ob das Individuum entmündigt ist oder nicht, in jedem Falle bedarf es des Nachweises, dass zur fraglichen Zeit eine Bewusstlosigkeit oder ein die freie Willensbestimmung ausschliessender Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vorlag. Der enge Anschluss der gewählten Fassung an die im § 51 St.-G.-B. angewandte braucht wohl kaum nochmals besonders hervorgehoben zu werden.

Es besteht hier nur eine wichtige Ausnahme: „hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden,

den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand gerathen ist." (§ 827). Selbstverschuldete Trunkenheit entbindet also den Thäter nicht von der Verantwortlichkeit. Diese besteht auch dann, wenn etwa der Thäter nach § 51 Str.-G.-B. strafrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden kann. Es liegt ein ganz einzig dastehender Fall von Schadenersatzanspruch ohne Verschulden vor. Das ist übrigens gar nicht verlangt, nachzuweisen, dass sich der Thäter nur deshalb Alkohol zuführte, um die That zu begehen, die ihn nachher zum Schadenersatz verpflichtete. Das Gesetz räumt des ferneren nicht nur dem Alkohol diese Sonderstellung ein, sondern spricht daneben von „ähnlichen Mitteln". Es sind hierunter vorzugsweise andere Narcotica zu verstehen, die ihren deletären Einfluss besonders nach der psychischen Seite hin entfalten, wie Morphium, Opium, Cocain, Haschisch u. a. m.

Die Trunkenheit muss aber selbstverschuldet sein. Hat einer dem andern in ein Glas Bier etwas hineingeschüttet, was den Eintritt einer Trunkenheit wesentlich beschleunigte, so ist damit die Haftpflicht ausgeschlossen. Dasselbe wird der Fall sein, wenn das Individuum eine Kopfverletzung erlitten oder eine schwere Krankheit, etwa Typhus, überstanden hat; trinkt er dann alkoholhaltige Getränke, so kann es ihm passiren, dass er auf Mengen, die er früher recht gut vertragen konnte, ausserordentlich lebhaft reagirt; es ist bei ihm eine Intoleranz da, deren er sich nicht bewusst war. Diese Intoleranz kann er aber kaum mehr zu seinen Gunsten verwerten, wenn er schon mehrfach die Gelegenheit gehabt hatte, deren Vorhandensein bei sich zu beobachten, wenn er aber daraus nicht den für ihn unerlässlichen Schluss zog, in Zukunft nichts mehr oder nur sehr wenig zu trinken. Wo wäre sonst die Grenze zwischen verschuldeter und nicht verschuldeter Trunkenheit zu ziehen, wo die Toleranz gegen Alkohol bei den verschiedenen Individuen innerhalb so weiter Grenzen schwankt? Auch das darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass es eine, wenn man so will, acute Intoleranz giebt. Man weiss, dass

ein Individuum nach einer starken psychischen Erregung viel weniger Alkohol zu sich nehmen kann als sonst; dieser Möglichkeit wird der Gutachter natürlich in einschlägigen Fällen Rechnung tragen müssen. Hält man sich strenge an den Wortlaut des §, so wird es sicherlich oft schwierig sein, die Deliktsfähigkeit eines chronischen Alkoholisten zutreffend zu beurteilen.

Kuhlenbeck ist geneigt, den mit dem Alkohol auf eine Stufe gestellten ähnlichen Mitteln auch die Hypnose zuzuteilen. Die Frage, ob und inwieweit der Hypnotisirende den Hypnotisirten zur Begehung einer strafbaren Handlung veranlassen kann, sei hier nicht weiter erörtert. Schliesst man sich der obigen Auffassung von Kuhlenbeck an und bejaht die zuletzt aufgeworfene Frage, so dürfte nur dann die Hypnose von der Verantwortlichkeit befreien, wenn der Thäter, ohne es zu wollen, in die Hypnose versetzt wurde; ist dies aber nicht der Fall, hat sich vielmehr der Schuldige nur deshalb hypnotisiren lassen, um die verbotene Handlnng zu begehen, die ihm später zur Last gelegt wird, vielleicht sogar noch mit dem Hintergedanken, die Ausführung der strafbaren Handlung mit dem veränderten Bewusstseinszustand zu entschuldigen, so ist er ebenso zu beurteilen, wie der, welcher sich in den Zustand der selbstverschuldeten Trunkenheit gesetzt hat.

Gleichwohl kann Derjenige, der für den Schaden nicht verantwortlich ist, zum Schadenersatz verpflichtet werden, allerdings nur unter besonderen Bedingungen, nämlich insoweit, als „die Billigkeit nach den Umständen, insbesondere nach den Verhältnissen der Beteiligten, eine Schadloshaltung erfordert und ihm nicht die Mittel entzogen werden, deren er zum standesmässigen Unterhalte sowie zur Erfüllung seiner gesetzlichen Unterhaltspflichten bedarf“ (§ 829).

Schliesslich bleibt noch zu betrachten die Deliktsfähigkeit für Handlungen Dritter. Von einer so weit gehenden Verantwortlichkeit für fremde Personen kann aber billigerweise nur dann die Rede sein, wenn der Thäter „wegen Minderjährigkeit oder wegen seines geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf“; es kann dann zur Verantwortung gezogen werden derjenige, welcher kraft Gesetzes zur Führung der

Aufsicht über die betreffende Person verpflichtet ist oder die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt (§ 832). In einer solchen Lage befindet sich beispielsweise der Vater einem minderjährigen Kinde gegenüber oder der Direktor einer Anstalt gegenüber den in ihr untergebrachten Geisteskranken.

Von vornherein könnte man ja vermuten, dass diese Gesetzesbestimmung, besonders wenn sie recht scharf gehandhabt wird, zu höchst unerquicklichen Folgen führen könnte. Es spricht aber nicht gerade zu Gunsten dieser Annahme, dass meines Wissens von der Anwendung der entsprechend lautenden Bestimmung des code civil (Art. 1384), welche für einen grossen Teil der Rheinprovinz das materielle Civilrecht darstellt, bisher nur recht selten Gebrauch gemacht worden ist. Auch sind die Fälle, wo das französische Irrenrecht zu einer diesbezüglichen Bestrafung geführt hat, doch im Grossen und Ganzen nicht häufig.

Einem etwaigen Missbrauch wird vor Allem dadurch vorgebeugt, dass dem zur Aufsichtsführung Verpflichteten das Recht sich zu entlasten, zusteht; denn die Ersatzpflicht tritt nicht ein, „wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden wäre“. Es sind also zwei Möglichkeiten vorgesehen; entweder ist die Aufsicht gehörig ausgeführt, und dennoch ist die verbotene That begangen, oder die Aufsicht ist nicht geführt, würde aber auch, wenn sie thatsächlich vorhanden gewesen wäre, die Begehung der That nicht haben hindern können.

Es ist hierzu noch zu bemerken, dass im Interesse der Kranken diesen heute eine möglichst freie, zwanglose Behandlung zu Teil wird. So kommt es, dass eine Reihe Kranker sich in der Anstalt aufhalten, ohne beständig unter Aufsicht zu stehen. Das trifft für alle die zu, welche die volle Freiheit der Bewegung geniessen. Wollte man, wenn ein solcher Kranker einmal eine unerlaubte Handlung begeht, die man nicht voraussehen konnte, dann den Direktor der Anstalt heranziehen, so hiesse das, alle Fortschritte der Irrenpflege, die wir dem letzten Jahrhundert verdanken, mit einem Schlage wegräumen. Und damit wäre keinem gedient.

Auch das ist zu berücksichtigen, dass es Kranke giebt, bei

denen trotz Anstaltsbehandlung eine Besserung nicht erzielt werden kann. Es erscheint dann oft geradezu geboten, einmal den Versuch der Entlassung zu machen. Gelingt das Experiment, denn das ist es oft genug, so ist es gut. Wie aber, wenn der Kranke andere schädigt? Ich meine, auch in solchen Fallen müsste die Pflicht zum Schadenersatz zurücktreten gegenüber der Aussicht, dass man nur so eine Heilung bei dem Kranken in die Wege leiten kann. Eine versuchsweise Entlassung wird natürlich dann nicht angebracht sein, wenn man Gewaltthaten von dem zu Entlassenden menschlicher Voraussicht nach erwarten darf. Ist die Unterbringung in eine Privat-Anstalt auf Veranlassung der Polizei erfolgt, so hat die Polizeibehörde zu der Entlassung ihre Genehmigung zu geben; erfolgt diese trotz Abratens des Sachverständigen, so kann diesen natürlich für etwaige Vorkommnisse kein Vorwurf treffen (vergl. Minist.-Erlass vom 20. Sept. 1895).

Man muss doch von den Richtern soviel Einsicht und Zutrauen erwarten, dass sie sich den allergewöhnlichsten Kenntnissen einer zeitgemässen Irrenpflege nicht entziehen. Trifft das zu, dann ist die Befürchtung nicht gerechtfertigt, als ob in Zukunft unter diesem Paragraphen die Behandlung von Geisteskranken Einbusse erleiden kann.

In ähnlicher Lage wie der Direktor einer Anstalt befinden sich auch die übrigen Ärzte und das sonstige Anstaltspersonal.

Damit glaube ich eine erschöpfende Übersicht über alle die Punkte gegeben zu haben, welche im B. G.-B. für den Psychiater von Interesse sein können. Dass gegen die frühere Rechtsordnung mit der Einführung des B. G.-B. ein erheblicher Fortschritt zu verzeichnen ist, das wird jeder Psychiater zugeben und anerkennen müssen, ebenso wie man sich auch nicht verhehlen darf, dass der eine dies, der andere jenes noch auszusetzen hat. Was mir aber doch der Hauptvorteil des B. G.-B. zu sein scheint, das ist der Umstand, dass es der Eigenartigkeit jedes einzelnen Rechtsfalles in besonders hohem Maasse gerecht zu werden bestrebt ist, dass es eine recht weitgehende individuelle Behandlung der Geisteskranken gestattet.

Litteratur-Verzeichnis.

Aschaffenburg, Die Entmündigung der Trinker nach dem neuen bürgerlichen Gesetzbuche. Münch. med. Woch., 1896, Nr. 42.

Derselbe, Die Entmündigung der Geisteskranken nach dem bürgerlichen Gesetzbuche. Münch. med. Woch., 1898, Nr. 28.

Beer, Voraussetzungen und Wirkungen der Entmündigung wegen Trunksucht nach dem bürgerlichen Gesetzbuche. Ärztl. Sachverst. Zeit., 1898, Nr. 24.

Bratz, Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem bürgerlichen Gesetzbuche. Diese Sammlung. Bd. II., Heft 5/6.

Coester, Der Alcoholismus mit Rücksicht auf die Bestimmungen des neuen bürgerlichen Gesetzbuches und des Strafgesetzbuches. Münch. med. Woch., 1896, S. 901.

Cosack, Lehrbuch des Deutschen bürgerlichen Rechts. Bd. I.

Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 1897.

Endemann, Einführung in das Studium des Bürgerlichen Gesetzbuchs. 3. Aufl., 1898.

Haidlen, Bürgerliches Gesetzbuch nebst Einführungsgesetz mit den Motiven und sonstigen gesetzgeberischen Vorarbeiten. 1897.

Hardeland, Die Behandlung der Geisteskranken im Privatrecht. Ihering's Jahrbücher für die Dogmatik des bürgerlichen Rechts. Bd. XXXVII., 1897.

Heilfron, Lehrbuch des Bürgerlichen Rechts.

Kuhlenbeck, Von den Pandecten bis zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Mendel, Die Geisteskranken in dem Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich. Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin. Neue Folge. Bd. 49, 50. cf. Mendel, Neurol. Centralbl. VII., 1888, S. 544. XIII., 1894, S. 761.

Milferstädt, Die Entmündigung nach dem bürgerlichen Gesetzbuche. Beiträge zur Erläuterung des deutschen Rechts. VI. Folge, I. Jahrg., 4/5 Heft.

Ortloff, Zur Irrengesetzgebung. 1897.

Planck, Bürgerliches Gesetzbuch. 1898.

Roth, Der Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches etc. Eulenberg's Vierteljahrsschr. Bd. 48, S. 222.

Schäfer, Begründung der Zurechnungsfähigkeit ohne Willensfreiheit. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. XVI, Heft 2.

C. Schultze, Zusammenstellung der sich aus dem bürgerlichen Gesetzbuch für den Psychiater ergebenden ... Gesichtspunkte.... Monatsschrift f. Psych. u. Neurol.

Unger, Die Irrengesetzgebung in Preussen. 1898.

Druck von Ferdinand Heyl, Egeln.

Wie sind

Geisteskrankheiten zu werthen?

Von

Rudolf Arndt,
Greifswald.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1900.

Wie sind Geisteskrankheiten zu werthen?

Von
Rudolf Arndt, Greifswald.

Was Geisteskrankheiten seien, wie sie zu Stande kommen, habe ich im 1. Hefte des II. Bandes dieser Sammlung von Abhandlungen darzulegen gesucht. Danach sind sie lediglich Krankheiten oder, besser ausgedrückt, krankhafte Veränderungen des Ichs, und damit dann wieder blosse Gefühls-, beziehentlich reine sogenannte funktionelle Krankheiten, und als solche dann wieder nichts Anderes als Ausdruck von Störungen atomistischer, beziehungsweise molekularer Geschehnisse, d. h. also von Störungen des Stoffwechsels und der auf ihm beruhenden Ernährungsvorgänge sich selbst, und damit diese ihre Vorgänge, in sich fühlender Wesen. Von eigentlichen Krankheiten, das sind das Wohlbefinden des jeweiligen Wesens nicht blos trübenden, sondern auch seinen Bestand, sein Leben und Sein, mehr oder weniger gefährdenden Vorgängen in und an seinem Leibe, kann deshalb bei ihnen als solchen an sich nicht wohl die Rede sein; es sind in Anbetracht dessen ihm gegenüber nur veränderte Geschehnisse und damit denn allerdings auch wohl wieder Vorgänge, aber allein in seinem Ich oder auch an seinem Ich. Dieses aber ist ja bekanntermassen lediglich ein Gefühl, eine Leistung, eine Funktion, und als solche können sie, die sogenannten Geisteskrankheiten, blos Anzeichen, Symptome dafür sein, und sind es wohl auch thatsächlich, dass entsprechende Vorgänge sich in dem Wesen wohl eingefunden und bereits bis zu einem gewissen Grade ausgebildet haben, bei denen sie sich bemerkbar machen; allein diese Geschehnisse, beziehungsweise solche Vorgänge selbst, sind sie doch noch keineswegs. Geisteskrankheiten sind danach also nicht sowohl Krankeiten in dem

oben angegebenen Sinne, obgleich sie gemeinhin dafür angenommen und ausgegeben werden; sie sind vielmehr nur der Ausdruck von solchen Krankheiten und entsprechenden krankhaften Zuständen. Es sind blos Anzeichen, Symptome von denselben, und Aufgabe jedes Arztes, der ihnen näher zu treten hat, ist es darum, diese sobald wie möglich aufzufinden und zu erkennen zu suchen. Denn nur durch diese darf er hoffen jenen beizukommen.

Das Verhältniss, auf das es hier ankommt, klar auseinander zu setzen, ist sehr schwierig. Die Begriffe, mit denen man zu arbeiten hat, sind noch keineswegs so begrenzt und feststehend, wie vielfach angenommen wird, und was man z. B. unter einer Krankheit zu verstehen hat, glaubt jedweder wohl zu wissen, vermag es indessen kaum oder auch gar nicht zu sagen. Dem einen ist sie ein Ding, eine Schädlichkeit, die in den Organismus eingedrungen ist und von ihm Besitz genommen hat; dem anderen ist sie allein eine Abänderung eines ganz bestimmten Lebensvorganges in Folge einer Abänderung der Verhältnisse, unter denen dieser sich bis dahin vollzogen hat; einem dritten ist sie ein unsagbares Etwas in Folge unbekannter und unbestimmbarer Einflüsse, die Wirkung unheimlicher Kräfte und Gewalten, des sogenannten Besprechens, des Behexens und Bezauberns, der Herrschaft von bösen Geistern, Dämonen, Spirits oder auch des Hypnotismus und der Suggestion. Die eben geäusserte Ansicht über das Wesen der Geisteskrankheiten ist deshalb auch keine allgemeine. Im Gegentheil, die grosse Masse der gebildeten Menschheit und mit ihr der bei weitem grösste Theil ihrer Aerzte, ja selbst der Irrenärzte, welche letztere doch sich in Sonderheit mit den fraglichen Vorgängen eingehender, sogar streng wissenschaftlich zu beschäftigen haben, ist anderer Meinung. Die sogenannten Geisteskrankheiten sind ihnen wirkliche Krankheiten. Sie behaupten sie als solche allen Einwendungen gegenüber, müssen sie auch gelegentlich gestehen, und gestehen sie dann auch ohne weiteres zu, dass sie nicht sagen könnten warum, weil wir ja eigentlich noch gar nicht einmal wissen, was eigentliche Geisteskrankheiten seien.

Es liegt das zum Theil in der Schwierigkeit des Gegenstandes an sich, die schon einmal hervorgehoben und betont

worden ist, ferner an der Unbestimmtheit und Verschwommenheit der Begriffe, mit denen gearbeitet werden muss, und die nur selten einer einmal Lust und Geschick hat, sich zu klären und zu verdeutlichen, und vor allem liegt es daran, dass, weil diese Begriffe und mit ihnen zusammenhängende weitere Vorstellungskreise aus der frühesten Kindheit und der ersten Jugendzeit herrühren, damit ein Theil der ganzen Persönlichkeit, ihres Ichs, geworden sind, und dass darum dieses letztere nicht leicht und gern wieder an ihnen rütteln lässt, noch selbst rütteln mag, ohne sich in Gefahr zu fühlen, seinen Halt zu verlieren und in sich zusammenzubrechen. Denn diese Vorstellungen im weitesten Sinne des Wortes, also auch die gedachten Begriffe, trugen einst vorzugsweise zu der jeweiligen Ichbildung bei, indem sie vorzugsweise in diese eingingen und dem neuen Ich Inhalt, Eigenart, Selbstständigkeit, und damit denn auch Charakter, Halt und Festigkeit gaben. Diese Vorstellungen, Bestandtheile seiner selbst, wurden so. wie wir im gemeinen Leben sagen, dem Ich, der ganzen bezüglichen Persönlickeit, besonders lieb. Sie sind ja eben Theile seiner selbst und können deshalb nicht leicht von ihm aufgegeben werden, ohne sich selbst, wenigstens theilweise mit aufzugeben. Will es sich, wie es nun einmal geworden ist, unversehrt und heil erhalten, so müssen sie ihm heilig sein und, wie die Erfahrung gelehrt hat und alle Tage wieder von neuem lehrt, sind sie es ihm auch wirklich. Kein Mensch, — aber freilich auch keine Regel ohne Ausnahme, — offenbart deshalb leicht und gern diese augenblicklich in Rede stehenden Seiten seines Ichs. Er scheut ihre Verletzung, fürchtet die Kränkung der bezüglichen Gefühle, die, wie er dann wohl geradezu sagt, die ihm heiligsten sind. Denn, wie jeder herausfühlt, und einer oder der andere in späterer Zeit auch deutlich herauserkennt, beruhen auf ihnen in letzter Reihe wie sein Character und dessen Strebungen, so, als Formen dieser beiden letzteren, auch seine Zu- und Abneigungen, seine Begehrungen und Abwehrungen, seine Liebe und sein Hass, seine sogenannten Voreingenommenheiten und Vorurtheile, seine etwaige Liberalität, sein etwaiger Fanatismus, seine ganze Weltauffassung, gemeiniglich Weltanschauung genannt, sowie endlich

sein ganzes Verhältniss zur Welt selbst. Auf ihnen beruhen dann jedoch auch alle seine gesellschaftlichen, sozialen, familiären, seine politischen, seine religiösen Gefühle und Bestrebungen, und daher denn wieder der Eifer und die Hartnäckigkeit, mit welcher diese für gewöhnlich festgehalten und vertheidigt werden. Es ist das eben Ausfluss des menschlichen Naturells und zwar, wie mich bedünken will, nicht gerade eines minder-, sondern im Gegentheil eines mehr- oder höherwerthigen. Denn nur ein solches, das man dafür anzusehen sich gewöhnt und geeinigt hat, tritt mit seiner ganzen Person, seinem vollen Selbst für sich und seine Ueberzeugung, d. i. für seine Gefühls-, Gesammtgefühls- und Strebensrichtung ein und beweist sich damit als das, was man einen ganzen Menschen, einen ganzen Mann, ein ganzes Weib, nennt. In diesen indessen lebt immer ein starkes Ich, das allen Angriffen gegenüber, wenn es durch sie auch wohl meist in etwas verändert wird, so doch im grossen Ganzen Stand hält und sich in seiner Eigenart geltend macht. Ein solches starkes Ich ist aber das Kennzeichen, das Charakteristikum jedes höher-, jedes hochwerthigen Menschen.

Hiermit ist denn auch von vornherein zugegeben, dass jeder Mensch schlechthin das Recht hat, zu sein und zu bleiben, wie er geworden ist, und im Allgemeinen wird das auch überall gleichsam wie instinktiv anerkannt und beachtet. Denn gerade die besten, weil entwickeltsten und darum taktvollsten, d. h. die feinst und objectiv richtigst fühlenden Glieder sämmtlicher menschlichen Gemeinschaften auf dem ganzen Erdenrunde, selbiges berücksichtigend, vermeiden es, mit Unbekannten oder nur wenig Bekannten deren eigenste Angelegenheiten und Verhältnisse zu besprechen, ihre politischen oder gar religiösen Ansichten und deren Beziehungen zum alltäglichen Leben zu erörtern. Man hütet sich allgemein mit ferner stehenden Personen Familienangelegenheiten, Politik und Religion zu berühren, weil man sich scheut, die gerade in Betracht kommende Person selbst damit unangenehm zu berühren. Und jedenfalls ein mehr feinfühliger Mensch will das niemals; er geht schon jedem möglichen Anlass dazu gern frühzeitig aus dem Wege. Bei ihm machen sich dabei die Kinderstube, die Schule, das Vater-

haus, der Umgang bemerklich und erzeugen in ihm die Höflichkeit des Herzens, mit der uns Goethe des Genaueren bekannt gemacht hat.

Dessenungeachtet muss einschlägigen Fragen, sowie deren Erörterung und etwaigen Lösung doch einmal näher getreten werden. Einer gar zu ängstlichen Rücksichtnahme auf die beregten Verhältnisse würde sonst jede bessere, weil richtigere Erkenntniss und mit ihr jeder Fortschritt zur Wahrheit und damit zum Rechten und dem Menschen Förderlichen aufgehalten und wohl gar abgeschnitten werden. Jeder Reformator hat solche Rücksichten bei Seite setzen und die aus ihnen entspringenden Bedenken überwinden müssen, um zu seinem Ziele zu gelangen. Karl der Grosse hat das müssen, um sein Frankenreich dahin zu bringen, dass aus ihm das heilige römische Reich deutscher Nation hervorgehen konnte; Peter der Grosse hat das müssen, um seine Russen der abendländischen Kultur entgegenzuführen; der Papst Gregor VII. hat es müssen, um das Papstthum zu dem zu machen, was es für die römischen Christen unter Pius IX. geworden ist. In unseren Tagen erst hat Kaiser Wilhelm I. und sein gewaltiger Kanzler, der eiserne Bismarck, es ebenfalls thun müssen, um das neue deutsche Reich zu gründen. Es hat das seiner Zeit Luther und Melanchthon, Zwingli und Calvin gemusst; es hat das nicht minder der kluge, glaubensstarke und glaubenseifrige Apostel Paulus gemusst. Ja, der Stifter der christlichen Religion, der von sich selbst sagte, er wäre nicht gekommen, das Gesetz aufzulösen, zu zerstören, sondern zu erfüllen, er trat, wo er es für nöthig hielt, Auslegungen und Anwendungen desselben entgegen, welche ihm missverstanden und missbräuchlich und darum wieder dem Zwecke entgegen zu sein schienen, um dessen willen es gegeben war. Und was war dieser Zweck? Sein Werk, das Christenthum lehrt es. Das Christenthum, recht verstanden, stellt für mich den reinsten, erhabensten Humanismus dar, ist die vollkommenste Humanität im grössten Stiele. Denn diese, seine Humanität erstreckt sich im weitesten Umfange auf alle Menschen und somit auch auf alle Völker der Erde. Das ist mir auch von Kindesbeinen an gesagt worden; das habe

ich im spätern Leben namentlich von Lehrern und Priestern der verschiedensten christlichen Confessionen auch immer und immer wieder zu hören bekommen; allein das wirklich erkannt habe ich doch erst, seit es mir vergönnt gewesen, Stätten der alten, vorchristlichen Kultur, auf der unsere heutige Kultur beruht, namentlich in Italien und Sizilien kennen zu lernen, allwo ja eine grosse Humanität, besonders anderen Ländern und Völkern gegenüber, auch schon zu ihrer Zeit herrschte. Welcher Umschwung in Einrichtungen, in Sitten und Gebräuchen ist seitdem in der Welt erfolgt und wieder ganz besonders in den letzten 300 Jahren, in denen die Reformation eines Theiles der äusseren Erscheinung des Christenthums, die Reformation der sogenannten abendländischen oder römischen Kirche, zu der schon wenigstens Ansätze in den letzten Jahrhunderten des Mittelalters gemacht worden waren, zur Geltung gekommen ist! Ein Zeitalter höherer Gesittung, echter wahrer Menschlichheit, wie sie in der Kraft und der Ausdehnung zuvor nie gekannt, nicht einmal geträuumt, geahnt worden ist, hat da begonnen und sich mehr und mehr verwirklicht. Und Theil genommen an den entsprechenden Bestrebungen haben nicht blos, die sich der Reformation von vornherein zugewandt hatten oder überhaupt, war es auch erst später, zuwendeten, sondern selbst diejenigen, welche ihr, der Reformation, in ihrer Eigenart entgegentraten und sie zum Theil heftig bekämpft und böse verketzert haben.

Hier sind wir nun bei einem Punkte angelangt, bei dem vorzugsweise sich bemerklich macht, was wir seiner Zeit über eine zuweit gehende Rücksichtnahme auf individuelle Gefühle geäussert haben. Es handelt sich insbesondere um politische und religiöse Gefühle, und da ist es Sitte und Brauch geworden, dieselben soviel wie möglich unberührt zu lassen, gilt es auch lediglich die Erörterung rein wissenschaftlicher Fragen sobald sie nur weitere Kreise zu interessiren geeignet sind.

Nun ist ja das um des gesellschaftlich guten Tones und des lieben Friedens willen gewiss ganz angebracht. Von der Aufrechterhaltung derselben hängt das gedeihliche oder ungedeihliche Zusammenleben und Zusammenwirken der Menschen

ab, und was braucht bei jeder Gelegenheit, bei den gewöhnlichsten Anlässen eine Berührung der dem bezüglichen Menschen heiligsten Gefühle statt zu finden? Rechtswissenschaftliche Fragen lassen sich jedenfalls der Hauptmasse nach ohne das behandeln, desgleichen die bei weitem meisten sprachwissenschaftlichen, geschichtlichen, naturwissenschaftlichen und von diesen letzteren unzweifelhaft wohl die rein chemischen, physikalischen, die geologischen, geognostischen, geographischen, astronomischen, allein nicht mehr die biologischen, die botanischen, zoologischen und ganz besonders nicht die anthropologischen. Die wichtigsten anthropologischen Erscheinungen, die das Bewusstsein betreffenden, aus dem Bewusstsein hervorgehenden, die gemeiniglich als die seelischen, geistigen, in den Reihen der Naturforscher und Aerzte als die psychischen bezeichneten, lassen sich nicht ebenso behandeln. Die Psychologie und ganz besonders die Patho-Psychologie, sowie die entsprechende angestrebte Therapie, welche letztere beide zusammen die Psychiatrie ausmachen, d. i. die ärztliche Seelenheilkunde und Seelenheilkunst, diese machen das unmöglich. Wollen wir in diesen beiden als Aerzte etwas Erspriessliches leisten und erreichen, etwas, das über einen Gedankenaustausch, ein geistreiches Redespiel hinausgeht, das vielmehr deutlich wahrzunehmen, das sichtbar, hörbar und damit messbar, greifbar und dabei doch nicht, wie man wohl zu sagen pflegt, ein Werk des reinen Zufalls ist, so dürften wir nicht alle einschlägigen lieb, ja selbst bis zu einem gewissen Grade heilig gewordenen Vorstellungskreise für unantastbar erachten und bei Besprechung gewisser psychiatrischer Fragen um sie herumgehen wie, um das Sprüchwort zu gebrauchen, die Katze um den heissen Brei. Noch weniger werden wir uns das aber gestatten dürfen, wo solche Vorstellungen vielleicht blos aus alter Gewohnheit bequem geworden sind und bereits zu einem gewissen Schlendrian geführt haben, von dem sich zumal ältere Personen, die sich in früheren Zeiten alle Verdienste erworben haben, nicht leicht losmachen können, und denen wir gerade um ihrer einstigen Verdienste willen doch nicht entgegentreten mögen. Es liegt dem ein sehr achtungswerthes Pietätsgefühl zu Grunde. Indessen man

wolle dabei immer doch bedenken: es handelt sich in diesen und allen ihnen zugehörigen Fällen für den Psychiater lediglich blos um dritte Personen, deren Heil ihm anvertraut worden ist, und das nach bestem Wissen und Gewissen zu fördern er auch übernommen hat. Es ist deshalb geradezu seine Pflicht geworden, nach einer Klärung der in Betracht kommenden Verhältnisse zu drängen und, wenn sich herausstellt, dass gewisse auf alten, wenn auch noch so lieb und werth gewordenen Vorstellungen beruhenden nicht mehr ohne Schaden für die betheiligten Individuen zu halten sind, auf Beseitigung derselben und Ersatz durch andere, für den angestrebten Zweck bessere, nützlichere zu dringen. Und dabei kann das Suaviter in modo durchaus beachtet werden, wenn auch das Fortiter in re stets und ständig im Auge behalten wird.

Und da tritt uns nun wieder zuvörderst die Frage entgegen: was sind Geisteskrankheiten, und wie ist die weitverbreitete, auch von Aerzten und Irrenärzten noch immer festgehaltene Ansicht zu beurtheilen, beziehentlich zu erklären, sie seien wirkliche Krankheiten, und zwar wirkliche Krankheiten des Geistes, der Seele, Psyche an sich, die unabhängig vom Körper und seinen Zuständen entstanden wären und sich hielten? Wie ich für meinen Theil darüber denke, das habe ich schon ausgesprochen; indessen woher kommt es, dass, wie gesagt, die meisten anderen Aerzte, selbt Irrenärzte, und namentlich des Auslandes durchaus anders gesonnen sind? Und da hat sich mir wieder die Ansicht aufgedrängt, dass das wohl mit gewissen, sehr früh hervorgerufenen und seitdem haften gebliebenen Vorstellungen, sogenannten Grundanschauungen, zusammmenhängen möchte, die sich aus der Natur des Ichs ergeben, das in den betreffenden Aerzten zur Entwlckelung gekommen.

Die bekannte dualistische Weltanschauung, nach der ein Gegensatz zwischen Stoff und Kraft, zwischen Natur und Geist, Materie und Geist und demzufolge auch bei lebenden Wesen zwischen Körper und Geist, Leib und Seele, Soma und Psyche bestehen soll, diese dualistische Weltanschauung, welche in Anbetracht des durch die Erfahrung gelehrten Umstandes, dass die geistigen, seelischen, psychischen Geschehnisse mit gewissen

körperlichen, leiblichen, somatischen immer Hand in Hand gehen, was bei den neueren Psychologen zu der Lehre von dem psychophysischen Parallelismus geführt und Leibniz seiner Zeit dazu bestimmt hätte, in ihm eine von dem Schöpfer prästabilierte Harmonie zwischen Körper und Geist, Leib und Seele, Soma und Psyche zu sehen, die jetzt von mir so stark hervorgehobene dualistische Weltanschauung dürfte die Ursache davon sein. Denn sowie ein Gegensatz zwischen Stoff und Kraft, Körper und Geist, Soma und Psyche im wirklichen, wissenschaftlichen Sinne und nicht blos zum Zwecke rascher Verständigung angenommen und festgehalten wird, dabei aber dennoch beider nicht zu verkennendes fortwährendes Zusammenwirken durch allerhand geheimnissvolle, mystische Einrichtungen und Vorgänge, eine prästabilierte Harmonie, einen unbegreiflichen Parallelismus ihrer Thätigkeiten, zu erklären gesucht wird, da ist, zumal wenn der Kraft, dem Geist, das Uebergewicht über den Stoff, den Körper, eine Art Primat der ersteren über die letzteren, wie ja das zumeist geschieht, eingeräumt wird, da ist, wie gesagt, es kaum anders denkbar. Und doch bleibt dabei wieder ganz unerfindlich, wie sich die betreffenden Menschen, Aerzte, das Erkranken einer Kraft, des Geistes, der Seele, Psyche an und für sich, vorstellen, und wie sich ein solches Erkranken mit dem ganzen sonstigen angenommenen Wesen derselben, mit ihrer Dauer, Unvergänglichkeit, Ewigkeit vertrage. Denn Erkrankungsfähigkeit, wie Veränderungsfähigkeit überhaupt schliesst doch Dauer und Ewigkeit aus!

Allein die mannigfachen Widersprüche, von denen wohl der letztgenannte der grellste ist, werden begreiflich, wenn man die Unklarheit, beziehentlich die Verschwommenheit in das Auge fasst, welche der genannten dualistischen Weltanschauung und dem ihr zu Grunde liegenden Dualismus, den ich den naiven oder groben nennen möchte, in das Auge fasst. Denn dieser Dualismus, der sich schon vor Alters und beinahe an jedem Orte dem einfach natürlichen Menschen aufgedrängt und dann bei seinen Nachkommen durch die Jahrtausende erhalten und weiter ausgebildet hat, lässt sich durch eine geläuterte Erkenntniss und damit unter Anderem naturwissenschaft-

lich nicht im geringsten nachweisen und begründen. Er erweist sich vielmehr als ein blosser Glaubenssatz, ein Lehrsatz, ein Dogma, das jedes Beweises ermangelt. Man hat deshalb ihn auch von Zeit zu Zeit bestritten. Im Alterthume geschah das von griechischen und römischen Philosophen und Philosophenschulen, von denen Leukippos und Demokritos sowie Lucretius Carus und deren Auhänger die bekanntesten geworden sind. In der neueren Zeit wiederholte es sich vorzugsweise durch englische und französische Philosophen, von denen ich vorzugsweise Hobbes und die Encyklopädisten Diderot d'Alembert, La Mettrie hervorhebe, und in der allerneuesten Zeit erfolgte es hauptsächlich durch deutsche Naturforscher, zumal Biologen. C. Vogt, J. Moleschott, L. Büchner sind von diesen wohl die namhaftesten und eine Zeit lang die entschieden vornehmsten Führer in der durch sie angefachten Kulturbewegung gewesen. Diese letztere wollte indessen durchaus nichts wissen von dem fraglichen Dualismus. Sie verneinte den Geist, die Seele als solche, und erklärte ihre nicht in Abrede zu stellenden absonderlichen Eigenschaften, d. h. ihre eigenartigen Kräfte und mit diesen auch die Bewusstsein bringenden, das Bewusstsein als Sammelbezeichnung für das Bewusste in den mannigfaltigen diesbezüglichen Vorgängen selbst, für gleich mit allen anderen in der Welt sich bethätigenden Kräften. Höchstens wollte sie dieses als das Produkt, die Leistung einer kombinierten Wirkung jener gelten lassen.

Dies war nun ohne Frage zu weit gegangen und zeitigte den sogenannten wissenschaftlichen Materialismus, die materialistische Weltanschauung. Nach derselben jedoch bestand und besteht die ganze Welt und Alles, was in ihr ist, also auch die lebenden und bewussten Wesen, die fühlen, denken und eben bewusster Weise streben, d. h. wollen, nur aus kraftbegabtem Stoff, Kräfte tragender Materie, aus denen unter allerdings erst noch zu erforschenden Umständen auch Bewusstsein und damit Selbstbewusstsein, Ichbewusstsein, entstehe. Und sonderbar! Dieselben Männer, dieselben Forscher, die den Geist, die Seele als solche leugneten, sprachen dennoch gelegentlich, und namentlich ist das in den letzten Jahrzehnten vorge

kommen, von einer Psyche und liessen dabei erkennen, dass sie unter dieser altgriechischen Benennung im grossen Ganzen nur dasselbe verstanden, was unter dem deutschen Geist und Seele begriffen wird. Nur war sie, die Psyche, ihnen eine blosse Leistung, eine reine Kraftäusserung des Stoffes, der Materie, wie die Schwere, die Anziehung und Abstossung, wie die Elektrizität, die Wärme, das Licht und keinesweges etwas Besonderes, Eigenartiges, durch das jene erst gefühlt, empfunden, wahrgenommen, kurzum — uns Menschen, wie allen fühlenden Wesen — erst bewusst werden. Obwohl nun bei dieser Auffassung dessen Allen es sich auch immer noch um einen Gegensatz von Stoff und Kraft, von Materie und Kraft, nur nicht gerade bewusster Kraft, welche wir zu deutsch eben Geist, Seele, nennen, handelte und damit denn auch um eine Art von Dualismus, so nannte man dennoch die aus ihr, nämlich der genannten Auffassung, sich ergebende Weltanschauung, nach der eben Alles lediglich aus der vorhandenen Materie und den ihr inne wohnenden sogenannten physikalischen Kräften hervorgegangen wäre und bestände, und mit ihm, beziehungsweise in ihm, auch das Bewusste und das Bewusstsein, so dass nicht gerade zwischen ihm und der kraftbegabten Materie ein Gegensatz, ein Dualismus, obwaltete, so nannte man in Anbetracht dessen dennoch die beregte Weltanschauung im Gegensatz zur dualistischen die monistische. Die monistische Weltanschauung, der Monismus, fällt so mit der materialistischen, dem Materialismus, so gut wie zusammen, ist dessen ungeachtet doch kein reiner Monismus. Denn trotzdem und alledem birgt er noch immer gewisse Gegensätze in sich und berührt sich darum mit dem Dualismus mehr und inniger, als gemeiniglich angenommen zu werden pflegt.

Da kam nun Du Bois-Reymond, auch ein grosser Naturkundiger, vorzüglich Biologe und als solcher erklärter Vertreter der wohlbekannten mechanischen Weltauffassung sowie des Lebens selbst, und sprach sich in seinem inzwischen berühmt gewordenen Vortrage Ueber die Grenzen des Naturerkennens dahin aus, dass es unmöglich sei, das Bewusste, das Bewusstsein, aus den bekannten physikalischen Kräften hervorgegangen

zu erklären. In dieser Beziehung behauptete er: „Ignoramus, ignorabimus.“ Er redete damit dem Metaphysischen, das hinter der Physis, der sicht- und greif- und wägbaren Natur komme, und nach den einschlägigen Ansichten massgebender Persönlichkeiten, in erster Reihe Philosophen, das Reich der reinen Kräfte, der abstrackten Vorstellungen und ihrer Verhältnisse zu einander ausmache, und von dem die Naturforscher, insbesondere die Biologen, bis dahin nicht recht etwas wissen wollten, er redete damit diesem Metaphysischen geradezu das Wort wenn er selbst darüber auch nichts Näheres weiter äusserte. Nichtsdestoweniger verlieh er auch ohne dies mit seinem angeführten Ausspruche der dualistischen Weltanschauung, wie ich sie als naive darzustellen gesucht habe, ein neues bedeutendes Gewicht. Und von den Anhängern derselben, den Dualisten, ist das weidlich benutzt und ausgenutzt worden. Wenn ich nicht irre, ist da die Lehre von dem psychophysischen Parallelismus auf- und zu einer gewissen Herrschaft gekommen. Derselbe ist für den theoretischen Psychologen an sich als Ausgangspunkt zu weiteren Forschungen und zu dem Zwecke angestellten Beobachtungen nicht ohne Belang; doch was der Psychiater, als practischer Arzt, mit ihm anfangen will, das ist und bleibt mir unerfindlich. Für den und namentlich seine Kranken ist der krasse Materialismus mit seiner mehr als fremdartigen Psyche, die vom Gehirne und in Sonderheit vom Vorderhirne secernirt werden soll wie die Galle von der Leber oder der Urin von den Nieren, bei weitem erspriesslicher.

Als Psychiater, practischer Irrenarzt, nach einem festen Standpunkte suchend, auf den gestützt ich möglichst erfolgreich, so zu sagen, den Geisteskrankheiten entgegen treten könnte, gab ich mir Mühe, die fragliche Angelegenheit selbst zu klären. Den erwähnten Auseinandersetznngen Du Bois-Reymond's in seiner bekannt gegebenen Rede mit seinem berühmt gewordenen Ignoramus, ignorabimus vermochte ich nicht Anderen gleich blos eine vorübergehende Bedeutung beizulegen. Sie war und ward immer mehr für mich fundamental. Denn, sagte ich mir, giebt es ein Bewusstsein in der Welt, und dass es ein solches giebt, davon überzeugen wir uns alle Tage, all-

stündlich, allminutlich, und kann es nicht als ein Etwas erklärt werden, das aus den übrigen uns bekannten Kräften dieser Welt hervorgegangen ist, so muss es als ein von vornherein Gegebenes, den fraglichen Kräften mindestens Gleichwerthiges angesehen werden. Sind aber wieder diese Kräfte, Schwerkraft, Schwungkraft, Elektrizität, Licht, Chemismus, Magnetismus, wie nunmehr von den Kundigen, den Naturforschern, wohl allgemein angenommen wird, sind diese Kräfte blosse Modificationen einer Urkraft, auf welche sich alle anderen Kräfte zurückführen lassen, so ist, so muss es das Bewusstsein auch sein. Das Bewusstsein, das Bewusste überhaupt, wäre dann lediglich eine Art, in welcher die angenommene Urkraft sich äusserte; andere Weisen, in denen sie sich zum Ausdruck brächte, wären die anderen Kräfte, von denen die Rede war, ja jede sonstige Kraft, die sich im Weltall irgendwie bemerkbar macht.

Und der Stoff? Er wäre, er ist dann ebenfalls nur Ausdruck von Kraft, von Kräften, Er ist dann nur eine Ansammlung, Anhäufung von solchen und ist allein deshalb verschieden in sich, weil die ihn darstellenden Modificationen der Urkraft verschieden sind. Zwischen Stoff und Kraft in ihrem weitesten und allgemeinsten Sinne ist darum alsdann auch kein Unterschied, geschweige denn ein Gegensatz. Denn Stoff und Kraft sind nur unterschiedlich, gegensätzlich, wenn ihre Beziehungen wie im gemeinen Leben gebraucht, wenn diese, Kraft, in einem sehr weiten, wagen, näher wenigstens nicht leicht zu bestimmenden, definierenden Sinne — was ist Kraft? — jene, Stoff, dagegen in einem mehr oder weniger beschränkten, nur in Bezug auf das, was sichtbar, tastbar, greifbar und deshalb auch wägbar und messbar ist, angewendet wird. Und ist dazu das letzte Alles nicht das, was es ist, auch nur auf Grund von Kräften, von Kraft überhaupt, also von Kraftäusserungen? Ja ist es nicht wohl blos Kraftäusserung selbst? Die Begriffe Stoff und Kraft, letztere an sich, nicht etwa in dem Sinne von blos mechanischer Kraft, wie der Begriff insonders heut zu Tage vielfach gebraucht wird, also Stoff und Kraft schlechtweg sind Begriffe von verschiedenem Umfange und können deshalb nicht ohne Weiteres mit einander in Bezug gebracht werden.

Sie geben sonst leicht zu Denkfehlern und aus ihnen hervorgehenden Irrthümern Veranlassung. Wird jedoch Stoff und Kraft in gleichem Umfange und namentlich in ihrem weitesten gebraucht, so erweisen sie sich als so ziemlich dasselbe, doch nicht als ganz dasselbe. Denn sie sind nicht durch dieselben Sinne und darum auch nicht in demselben Sinne bewusst geworden. Der Begriff Stoff kam meist durch die äusseren, die eigentlichen Sinne, als Wahrnehmungen zum Bewusstsein, der Begriff Kraft hingegen mehr durch den sogenannten inneren Sinn als Gefühl, Empfindung. Daher der Begriff Stoff recht bestimmt, klar und deutlich, der Begriff Kraft mehr unbestimmt, verschwommen, dunkel, so dass er nicht leicht zu definieren ist! Im Uebrigen ist mir Stoff gehemmte, aufgehaltene Kraft, und Kraft blos solche, die sich stärker bethätigt, d. h. gewissermassen Stoff in Bewegung.

Allein ist dem Allen so, wie dargestellt worden, dann ergiebt sich mit Nothwendigkeit, dass der ganze Weltenraum von einer bewussten und darum auch sich selbstbewussten Kraft erfüllt und durchwogt sein muss, die soweit reicht, wie er selbst reicht, und dass Alles, was in ihm ist, nur ein Ausdruck dieser Kraft ist — der Gottheit lebendiges Kleid.

Von diesem Gesichtspunkte aus und in der Hoffnung, dass dadurch eine weitere Klärung der fraglichen Angelegenheit herbeigeführt werden könnte, habe bereits vor mehreren Jahren zwei grössere Aufsätze veröffentlicht: Bemerkungen über Kraft und auslösende Kraft im Besonderen, Greifswald 1892, und Kraft und Kräfte, Greifswald 1893; allein bis jetzt hat sich von diesen Hoffnungen kaum eine erfüllt. Die Vorstellungen, aus denen sie erwuchsen, sind der modernen Zeit zu fremdartige, den die Gegenwart bewegenden Vorstellungskreisen zu fern liegende, als das sie in diese selbst leicht hätten aufgenommen und ihnen angeeignet werden können. Nichtsdestoweniger dürften sie doch, wie ich mir schmeichle, einer eingehenden Beachtung nicht unwerth sein. Denn, was ich seitdem wiederholt erfahren habe, es sind das Vorstellungen, Gedanken und Gedankenreihen, wie sie auch von Giordano Bruno, Spinoza, Goethe, von Kant und ganz besonders von



Schelling geäussert worden sind und deren Weltanschauung ausmachen. Was Kant betrifft, so kommt dabei vornehmlich in Betracht, dass er die Materie nicht als etwas Ruhendes betrachtet wissen will, sondern als ein Sich-Bewegendes und Gespanntes, das nur durch das Widerstreben entgegengesetzter Kräfte zu Stande kommt, — Stoff ist gehemmte, aufgehaltene Kraft, — und was Schelling anbelangt, dass nach ihm Alles, was ist, sofern es ist, das absolute Wesen, und dass somit Alles auch nur Eines, absolute Identität, ist. Seine, Schelling's Identitätslehre kommt also dabei vorzugsweise in Betracht und von dieser ist bekannt, dass sie im grossen Ganzen mit dem zusammenfällt, was Bruno, ganz besonders aber Spinoza seiner Zeit gelehrt hatte, was danach von Zeit zu Zeit, wenn auch in mehr oder weniger neuer Form von Anderen wiederholt worden ist und jetzt mehr und mehr Anerkennung gewinnt. Gott und die Natur, die Welt, ist Eins, Geist und Körper Eins, Seele und Leib ist Eins, alles nur von verschiedenen Gesichtspunkten aus angesehen verschieden. Der ächte, wahre Monismus, der auch dem Bewussten und Bewusstsein, das wir nun einmal nicht in Abrede stellen und verneinen können, und mit diesem denn auch dem sogenannten Geistigen, Seelischen, Psychischen, sein Recht zu theil werden lässt, wird damit zur Geltung gebracht. Dieser Monismus unterscheidet sich wesentlich von dem bereits erwähnten, ich möchte sagen, materialistischen; er nähert sich vielmehr dem Dualismus und, so jemand sagen sollte, es sei nur ein verkappter Dualismus, so habe ich auch gar nichts dagegen. Es ist dann aber ein feinerer, durch tiefgehende Erkenntniss geklärterer, als der gewöhnliche, von mir als grober, naiver bezeichnete. Er ist gewissermassen nur hinsichtlich der Leistungen vorhanden. Die leistende Kraft ist ein und dieselbe. Nur die Art und Weise, wie sie sich bethätigt, lässt sie uns, als erkennende Wesen, als verschieden, als zwiefach, als mehrfach erscheinen.

Diesem nun zuletzt von mir als ächten, wahren bezeichneten Monismus habe ich in den beiden oben angeführten Aufsätzen das Wort geredet. Ich trete für ihn auch heute ein und beantworte die an uns herangetretene Frage: was sind Geistes-

krankheiten und wie sind die Ansichten zu erklären, beziehungsweise zu beurtheilen, sie seien wirkliche Krankheiten des Geistes, der Seele, der Psyche an sich, die unabhängig vom Körper und seinen Zuständen entstanden wären und sich hielten, dahin: Es kann für mich als Irrenarzt, zumal als praktisch-thätigen Irrenarzt, der den ihm anvertrauten Kranken helfen soll und helfen will, den gemachten Darlegungen nach davon ernstlich gar keine Rede sein. Für mich giebt es keine derartigen Geisteskrankheiten; denn sie beruhen lediglich auf irrigen Voraussetzungen, irrigen, weil diese Voraussetzungen als zu grob-naive Schlussfolgerungen aus den bezüglichen, an und für sich vielleicht ganz richtig beobachteten Thatsachen gewonnen worden sind. Und hieran ändert auch nichts die Thatsache, dass für die fraglichen Voraussetzungen ein Empedokles, ein Aristoteles und im Anschluss an diesen letzteren die ganze scholastische Philosophie des späteren Mittelalters eingetreten ist. Denn ein Giordano Bruno, Spinoza, Goethe, Kant, Schelling und mancher andere Spätere haben auch ihr Gewicht und ein um so grösseres, bedeutenderes, als ihr Urtheil auf zahlreicheren, geklärteren, richtigeren Voraussetzungen beruhte. Columbus hatte Amerika entdeckt, Vasco di Gama den Seeweg nach Ostindien gefunden, Kopernikus hatte sein Sonnensystem bekannt gemacht; durch Guttenberg war die Buchdruckerkunst zu leichterer und umfänglicherer Anwendung gebracht worden, durch Luther die Bibel und der biblische Geist grösseren Kreisen bekannt und zugänglich gemacht, durch Las Casas waren die Menschenrechte auch der durch die Entdeckungen erst bekannt gewordenen Völker, im Besonderen der Indianer Amerikas dargethan und verkündet worden; durch Vesalius, Cardanus, Paracelsus, van Helmont, Ambroise Paré, Harvey waren neue Anschauungen über den Menschen und das menschliche Leben, von Galilei, Keppler solche von dem Verhalten von Erde, Mond und Sternen bekannt gemacht worden; kurzum von allen Seiten waren neue Erfahrungen über Himmel und Erde und, was auf der Erde, herangekommen und hatten die Mangelhaftigkeit, selbst Unrichtigkeit und darum auch Haltlosigkeit der Vorstellungen und Lehren erkennen lassen, welche bis dahin

im Schwange gewesen waren und nichts weiter für sich hatten, als ihr Alter, ihr Herkommen. Was Wunder, dass hervorragende selbständige Geister die alten, überkommenen Meinungen und Lehren von Welt und Leben den neueren und neuesten Erfahrungen gemäss veränderten, sie diesen anpassten und sich zurecht legten!

Lange schon, bereits ein halbes Jahrhundert vor Giordano Bruno hatte der Görlitzer Schuhmacher Jacob Böhme die All-Einheit der Natur, der Welt, gelehrt. Doch war das noch in jener dunkelen und unbestimmten Weise geschehen, wie sie sein wohl immer nur enger, wenig umfassender Bildungszustand mit sich brachte. Jacob Böhme ist deshalb auch lange Zeit zu den Mystikern gezählt und als solcher geradezu bezeichnet worden. Der gelehrte, vielgereiste, welt- und lebenserfahrene Giordano Bruno wusste seinen entsprechenden Ansichten mehr Klarheit, Deutlichkeit und damit auch jene Bestimmtheit zu geben, welche hauptsächlich, wenn die fraglichen Ansichten in schwunghafter, pathetischer Weise vorgetragen werden, packend, fesselnd wirkt. Nichtsdestoweniger gewannen sie keinen Halt und wurden mitsammt Bruno bald wieder vergessen. Erst Spinoza, Goethe, Schelling vermochten ihnen mehr Dauer und Daseinskraft zu geben, und seitdem sind immer und immer wieder Männer aufgetreten, welche sie lehrten, wenn auch je nach ihrer Individualität modifiziert und darum jedesmal anders. Eine weitere Verbreitung haben diese Ansichten auch darum nicht gefunden. Sie sind immer blos Eigenthum einiger Weniger gewesen, und werden es meiner Meinung nach bleiben. Die grosse Menge kann sie nicht verstehen, und, wird der Versuch unternommen, sie ihr verständlich zu machen, so kann das nur in metaphorischer Sprache geschehen. Dann jedoch tritt wieder das Dualistische auch in ihnen mehr hervor; der feinere, geklärtere Dualismus geht dabei sehr bald wieder in den grob naiven, der vielleicht auch grob-sinnlicher heissen könnte, über, und Alles bleibt beim Alten. Mir nicht unwahrscheinlicher Weise scheint das schon öfter vorgekommen zu sein. Wenn ich in alten, ehrwürdigen Schriften Ansichten entwickelt finde, wie sie nach langen, langen Zeiträumen erst

Jacob Böhme wenigstens bei uns Deutschen und Europäern überhaupt wieder zu verkündigen sich gedrungen fühlte, und dann des grob-sinnlichen Dualismus gedenke, der danach wieder seine Herrschaft ausübte, so will es mich kaum anders bedünken.

Der Männer, welche von Zeit zu Zeit für den ächten, wahren, ich möchte sagen, den bewussten Monismus offen eingetreten sind, sind nur wenige, ja, recht besehen, nur ganz vereinzelte gewesen. Woran das gelegen, das ist schon einmal kurz auseinander gesetzt worden. Die meisten Naturforscher huldigten dem Materialismus oder waren Anhänger des herkömmlichen Dualismus und umgingen sorgfältig die Untersuchung einschlägiger Fragen. Sie vermieden, böses Blut zu machen, besonders da hinsichtlich der sie interessirenden Fragen, meist ganz specieller Detailfragen, jene gar nicht in Betracht kamen. Das ging auch, wie schon seiner Zeit bemerkt worden ist, ganz gut, nachdem bereits die Welt der Organismen und die Biologie Gegenstand entsprechender Forschungen geworden war, ohne indessen über den Rahmen hinaus zu streben, in dem die Forschung jenen ersteren gegenüber sich bewegte; allein seitdem von den beiden letztgenannten die Anthropologie und die Anthropopathologie, vornehmlich die Psychiatrie, Gegenstand solcher Forschungen und zwar mit dem ausgesprochenen Zwecke geworden war, den erkrankten Menschen, zumal den in ihrem Selbstgefühle, ihrem Ich, leidenden, gequälten, zerrütteten, halbvernichteten Menschen helfen zu können, seitdem war das ohne Versündigung gegen diese nicht mehr möglich. Denn wie wollte, wie sollte der Arzt wohl einen Menschen mit, beziehentlich in krankhaften Seelenzuständen bewusstermassen heilen oder auch nur bessern können, wenn er nicht weiss, wie er ihnen, nämlich diesen Zuständen, beikommen, aber immer als Arzt beikommen kann, weil er nicht weiss, wie diese Zustände entstehen, was sie überhaupt sind? Der Materialismus, wie wir gesehen haben, giebt darüber indessen keinen Aufschluss, ebensowenig der grobsinnliche Dualismus trotz des ihm affiliierten psychophysischen Parallelismus; am weitesten bringt uns da noch der bewusste

Monismus, der auch die Erscheinungen des psychophysischen Parallelismus am besten erklärt, weil, was geschieht, immer bewusst geschieht, wenngleich der jeweilige Bewusstseinszustand nicht gerade immer dem gleichkommt, der zeitweise durch einen Aristoteles, Euklid, Spinoza, Leibniz, Newton, Kant, La Place oder Robert Mayer sich offenbarte. Der bewusste Monismus giebt deshalb meiner Meinung nach den einzigen Standpunkt ab, von dem aus der Irrenarzt als solcher seine Kranken zu beurtheilen hat, will er ihnen gerecht werden; mag er sonst denken, wie er will, und dem Zuges seines Herzens folgen, wohin es auch ist. Das ist seine Sache und geht keinen anderen, namentlich keinen beliebig anderen, etwas an. Seinen Hülfe verlangenden Kranken gegenüber hat sich indessen der Arzt, und ganz besonders der Irrenarzt an den besagten Monismus zu halten. Der allein giebt ihm den zur Zeit möglichen Aufschluss, wie er durch den Körper, das Soma, d. i. den Kraftcomplex, den wir also heissen, wie er durch diesen auf den Kraftcomplex, den wir Seele, Geist, Psyche nennen, zu wirken vermag. Denn beide gehören zusammen, sind untrennbar mit einander vereinigt, wie gewisse Schwingungen des Aethers und das Licht mit seinen Farben, das sie nach unserem Sprachgebrauche bedingen sollen, wie andere solcher Aetherschwingungen und die Temperatur, so Wärme wie Kälte, die ihr zu Grunde liegen, wie noch andere und die Electricität, die sie erzeugen, wie endlich entsprechende Schwingungen der atmosphärischen Luft und der Schall, das Geräusch, der Ton, den sie hervorrufen sollen. Die geistigen, seelischen, psychischen Vorgänge sind nur eine besondere Leistung derselben Kraftvorgänge, aus denen sich in anderer Richtung Ernährungsvorgänge wie Sekretionen und Exkretionen, Wachsthumsvorgänge, wie Anbildungen und Rückbildungen, Bewegungen, wie Herz-, Darm-, Athmungsbewegungen, oder Laufen, Springen, Schreien, Singen, ergeben.

Es sind alle diese Vorgänge Korrelate und namentlich, betone ich, die psychischen, geistigen, seelischen zu allen den letztgenannten, den sogenannten somatischen, körperlichen, leiblichen, von denen wir wissen, dass entsprechend der kinetischen oder motorischen Aequivalenz leicht einer für den anderen

eintritt. In der letzt hervorgehobenen Korrelation dürfte vorzugsweise, wenn nicht allein, die bekannte, in der Neuzeit viel geübte Suggestion mit ihren Folgen ihren Grund haben, d. i. der Vorgang, dass nach gewissen eindringlichen Vorstellungen und Icherregungen, sogenannten Einredungen und Einbildungen entsprechende leibliche, somatische Bethätigungen sich ausbilden. Solche Vorgänge sind sicher, wenn sie auch nicht in der Häufigkeit, mit der Zuverlässigkeit und gelegentlichen Seltsamkeit sich ereignen, wie vielfach vermeint wird. Im Volke kennt man die Korrelation zwischen seelischen und leiblichen, psychischen und somatischen Vorgängen, zwischen Seele und Leib kurzweg, auch recht gut und macht seine Schlüsse aus diesen auf jene und aus jenen auf diese. Mens sana in corpore sano, hiess es schon bei den alten Römern. Wer langsam isst, arbeitet langsam, heisst es in diesen und jenen Gegenden Deutschlands. Und sonst? Dem Verwundeten redet man guten Muth ein, und die Rose und das kalte Fieber bespricht man, und siehe da, Wunden, Rose, kaltes Fieber heilen. Denn was das Ich erhebt und damit die Lebensenergie erhöht, stärkt und fördert zugleich auch den Heilungsprozess. Auf solche Kenntniss und Erkenntniss hin hat Leibniz seine prästabilierte Harmonie zwischen Leib und Seele geschaffen. Auf solcher Kenntniss und Erkenntniss beruht grösstentheils auch der psychophysische Parallelismus. Die Beobachtungen in Betreff dieses letzteren sind ganz richtige und finden von dem in Rede stehenden Standpunkte aus ihre volle Erklärung; während von einer anderen Seite betrachtet, sie wie der ganze psychophysische Parallelismus unerklärt und unerklärlich bleiben sowie zu schiefen Ansichten oder gar verkehrten Maassnahmen führen.

Das dargelegte Verhältniss zwischen den seelischen, geistigen psychischen Vorgängen eines bewussten Wesens und seinen übrigen Aeusserungen bringt es mit sich, dass jene nach denselben Prinzipien, wie diese sich vollziehen, dass sie denselben ewigen Gesetzen von der Konstanz und Kontinuität der Kraft sich unterworfen zeigen, nach welchen die Welt in das Dasein trat und sich in ihm erhält. Sie sind deshalb auch als Lebenserscheinungen, und zwar als korrelative Lebenserscheinungen,

aller anderen, also als einfache biologische Vorgänge wie diese, unterthan dem biologischen Grundgesetze, das die letzten beiden Jahrzehnte kennen gelehrt haben. Von irgend einer Willkür, d. i. einer Willens- oder Wollensfreiheit, kann darum unter solchen Umständen auch nie die Rede sein. Denn alles, was geschieht und nach ewigen, unwandelbaren Gesetzen geschieht, geschieht mit Nothwendigkeit, und die einzige anscheinende Freiheit in der bezeichneten Richtung, die wir Menschen, und zwar wir Menschen allein, nach gewissen Lehren besitzen sollen, beschränkt sich darauf, dass wir auf Grund der hervorgehobenen Nothwendigkeit unsere bewussten Reflexvorgänge, die wir unser Streben, Trachten, Wollen nennen, so einüben, dass sie immer erfolgen, wie die genannte Nothwendigkeit es erheischt. Darin stimmen Männer wie der Apostel Paulus, der heilige Augustinus, sein grösster und bedeutendster Schüler, Luther, demnächst Melanchthon, Calvin sowie eine grosse Anzahl der gewichtigsten Philosophen, und unter diesen ein Spinnoza, ein Leibniz, ein Goethe und Schopenhauer, der Hauptsache nach durchaus überein. Der sogenannte freie Wille und die Lehre von der Willensfreiheit ist eine Schöpfung der scholastischen Philosophie des Mittelalters und ihr eigentlicher Urheber, soweit mir bekannt geworden, der berühmte Anselm von Canterbury. Sein noch berühmterer Nachfolger Thomas von Aquino jedoch dürfte vorzugsweise zur Ausbreitung dieser Lehre, welche eine ganz neue und für das gemeine, gesellschaftliche Leben anscheinend hochwichtige Weltanschauung bedingte. ganz besonders beigetragen haben. Bis dahin hatte es nur einen Willen schlechtweg gegeben, und der war unfrei erschienen, manchmal in dem Maasse abhängig von allerhand Aeusserlichkeiten, dass seine Freiheit, wie wir erfahren haben, deshalb ganz und gar geleugnet worden ist.

Ohne dem bewussten Monismus geradezu das Wort zu reden, nahm dessen ungeachtet doch ein bekannter Forscher der Neuzeit, G. Th. Fechner, gleich ausgezeichnet als Physiker, Anthropologe, Psychologe im Besonderen, sowie Philosoph überhaupt, eine sehr beachtenswerthe Stellung zu ihm ein. Wenigstens kann ich mir seine dahin gehende Aeusserung, dass, so lange

der Mensch hier auf Erden lebt, Körper und Geist in ihm untrennbar mit einander verbunden seien und ein einiges Ganze bilden, nicht anders deuten. Nach Fechner ist auf diese Weise des Menschen Geist einfach durch den Körper bedingt, und umgekehrt der Körper ist abhängig vom Geiste. Von der Richtigkeit dieser Annahme können wir uns auch alle Tage überzeugen und nicht minder die Gültigkeit des alten Satzes: Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach, feststellen. Ganz ähnlich wie Fechner verhält sich auch ein hervorragender Forscher, vorzugsweise Anthropologe der Gegenwart, nämlich der Neuropathologe, beziehungsweise Psychiater von Bechterew. Ebenfalls ohne sich irgendwie zum besprochenen Monismus zu bekennen, erklärt er nichts destoweniger in seiner Rede: Bewusstsein und Hirnlokalisation, deutsch, Leipzig 1898, dass überall, wo Leben sich rege, auch Bewusstsein zu finden sei, und wiederum wo solches sich äussere, auch Leben angetroffen werde. Mit Bezug auf die höheren Thiere und den Menschen meint er sodann dem entsprechend, dass alle sie bildenden Theile, also Zellen, zum mindesten in ihrer Jugend bewusst erscheinen. Ganz vorzugsweise jedoch gelte das von ihrem Nervensysteme. Später freilich, wenn die jugendlichen Zellen sich stärker und stärker differenzieren, werden die einen von ihnen zu Bewusstseinsträgern in Sonderheit, die anderen wandeln dagegen sich mehr zu Vollbringern mechanischer Arbeit um, zu Stütz- und Aeusserungswerkzeugen jener. Es ist das eine eigenthümliche, allein in hohem Maasse beachtenswerthe Ansicht! Sie spricht meinem Ermessen nach ganz ausserordentlich dafür, dass von Bechterew das Bewusstsein und mit ihm auch Geist, Seele, Psyche, als etwas von der sogenannten Materie und ihren einfachen, als blos physikalisch bezeichneten Kräften Verschiedenes erachtet, und trotzdem mit dieser, soweit sie Leben zeigt, Lebensträgerin und lebendige Zelle ist, dennoch auch wieder innig Verbundenes, ihren kleinsten Theilen gleichsam von Hause aus Innewohnendes hält.

Der, wie ich ihn bereits mehrfach genannt habe, bewusste Monismus, ob als solcher deutlich erkannt und auch beschrieben, oder blos auf seine Erscheinungen hin mehr im Allgemeinen

gefühlt und demgemäss geschildert, ist sonach schon wiederholt behauptet und gelehrt worden, und das vornehmlich mit von den natur- und menschenkundigen Goethe, Fechner und von Bechterew. Um so mehr glaube ich deshalb die bereits erhobene Forderung von neuem erheben zu dürfen, der Irrenarzt habe sich bei seinem Thun und Lassen von ihm leiten zu lassen, wenn er seinen Kranken heilbringend und wirklich förderlich sein will.

Von dem monistischen Standpunkte aus ist der Mensch ein einheitliches Ganze, ein Individium in des Wortes eigentlicher Bedeutung. Zum vollen Verständniss dieses Ausspruches muss ich auch hier wiederholen, was ich schon früher mancherorts wiederholt habe, dass der Mensch sowie jeder mehr- oder vielzellige Organismus sich nicht aus einzelnen autonomen Zellen aufgebaut hat, sondern aus einem einzigen Protoplasmaklümpchen, der befruchteten Eizelle, hervorgegangen ist. Dieses Protoplasmaklümpchen gliedert sich allerdings bei seinem Wachsthume sofort in, wie wir zu sagen pflegen, sich zu bestimmten Zwecken differenzierende Zellen, die indessen alle in Zusammenhang bleiben und so trotz aller Gliederung doch ein zusammenhängendes Ganze bilden. Aus einer kleineren oder grösseren Anzahl solcher zusammenhängenden, in gleicher Richtung differenzierten Zellen zeigen sich nun in späterer Zeit die einzelnen Organe eines mehr- oder vielzelligen Individiums und damit auch des Menschen zusammengesetzt. Durch ihre Nerven, wie unter einander, hängen sie vermittelst des Centralnervensystems mit dem ganzen übrigen Körper zusammen, und dieser beeinflusst sie wieder durch jene in Einem fort, je nach der Stärke, mit der sein Leben gerade vor sich geht. Ihre, der Organe, Leistungen sind so eigentlich die Leistungen des Gesammtkörpers, nur durch sie, als besondere Werkzeuge ebenfalls wieder zu besonderen Zwecken, zum Austrag gebracht. Nicht jedoch sind ihre Leistungen, wie das bis vor Kurzem ganz allgemein und jetzt wenigstens noch grossentheils angenommen wird, selbständige Leistungen ihrer autonomen Zellen. Denn diese ihre Zellen sind durchaus nicht autonom, sondern durch ihre Nerven abhängig, unterthan und, wie soeben erst hervorgehoben worden, bald mehr, bald weniger

stark beeinflusst, reguliert. Mit der Autonomie der Zelle verhält es sich demnach wie mit der Autonomie des Willens, dem sogenannten freien Willen, mit dem uns im Anfange des 12. Jahrhunderts Anselm von Canterbury beschenkt hat, indem er sich bemühte, die Lehren Augustins zu widerlegen.

Wenn nun die beregten Organe aber einmal erkranken und damit fehlerhafte, zu ihren Zwecken ungenügende, vielleicht sogar ganz untaugliche Werkzeuge werden, so wird, wenn auch sonst Alles so bleibt, wie es ist, der Gesammtkörper mit ihnen doch nicht mehr gehörig arbeiten und in seinen Leistungen durch sie zurückbleiben. Er wird in seinen Gesammtleistungen herabgesetzt, unzulänglich und in Folge dessen, was wir krank nennen, erscheinen. Er wird auch bis zu einem gewissen Grade wie krank, also geschwächt, sich thatsächlich verhalten und das in seinem Verhältnisse zu seinen übrigen Organen, damit natürlich auch zu seinem Bewusstseins-, Seelen- oder Geistesorgane sowie dessen besonderer Leistung, der Seele, dem Geiste selbst, an den Tag legen. Dazu kommt, dass, wie die Erfahrung lehrt, die Vorgänge in den erkrankten Organen, wenn auch in ihrer Weise, so doch immer als etwas Ungehöriges, Störendes, Quälendes, Peinigendes empfunden, gefühlt werden. Das Bewusstsein, das Selbstbewusstsein, Ichbewusstsein, das Ich wird durch sie beeinflusst und mitgenommen; es wird ein unlustiges, schmerzhaftes, qualvolles, peinerfülltes, und manchmal, in besonders dazu veranlagten Individuen in dem Grade, dass es bis zur Unkenntlichkeit verändert, selbst entstellt, verzerrt erscheint. Das betreffende Individuum, der betreffende Mensch, auf den es uns hierorts zuletzt ja allein ankommt, ist im Allgemeinen in seiner äusseren, d. h. sichtbaren, ihn von anderen unterscheidenden Erscheinung, sagen wir, in seinen herkömmlich-gewöhnlichen, seinem charakteristischen Aussehen derselbe geblieben, doch in seinem Thun und Lassen, seinem vornehmlichsten, sagen wir ebenfalls, seinen charakteristischen Gebahren ist er ein anderer geworden. Das indessen, dass der Mensch dem Anscheine nach der ist und bleibt, der er war, in seinen ihn kennzeichnenden Aeusserungen, Handlungen aber, d. i. in seinem Charakter ein anderer wurde, das ist das Hauptmerkmal dafür,

dass er geistig erkrankt, dass er geisteskrank geworden ist. Der in Betracht kommende, eben erwähnte Mensch ist damit also auch geisteskrank geworden, oder, wie Laien sich häufig, jedoch unrichtig ausdrücken, er ist in Geisteskrankheit verfallen. Die Laien drücken sich unrichtig und darum auch unzutreffend aus, weil es eine Geisteskrankheit, weil es Geisteskrankheiten an sich überhaupt, wie ich an anderen Orten nachzuweisen gesucht habe, nicht giebt, nicht geben kann. Immerhin mag der schnelleren Verständigung halber der Ausdruck hingenommen werden; nur muss der Irrenarzt sich bewusst bleiben, was er besagen will, und dass er an und für sich durchaus unzutreffend ist. Denn sonst kommt er, der Irrenarzt, schliesslich auch zu der weiteren unrichtigen Laienvorstellung, der Kranke sei von einem ihm schädlichen Etwas, einem den Geist krank machenden Agens befallen worden, das sich in ihm mehr und mehr ausbreite und wenn es nicht rechtzeitig noch wieder ausgetrieben werde, ihn zu Grunde richte.

Nimmt der jeweilige Arzt, Irrenarzt, auch nicht mehr mit solchen, meist mystisch angelegten, bigotten Laien an, Dämonen, dem Menschen feindliche Dämonen, Teufel, Satane, seien in ihn gefahren und haben von ihm Besitz ergriffen, und je nachdem es nun einfache Kobolde, oder Dickteufel mit krummen, oder Dürrteufel mit langem, geraden Horne seien, oder der alte Beelzebub oder aber der erst jüngst bekannt gewordene Bitru, je nachdem seien die vermeintlichen Krankheiten verschieden, von denen die gerade befallenen beklagenswerthen Menschenkinder sich geplagt erweisen, nimmt das wohl auch kein Arzt, zumal Irrenarzt, mehr an; so haben davon doch sich nur wenige, ja nur sehr wenige, Aerzte und in Sonderheit Irrenärzte frei gehalten, beziehungsweise halten sich frei, in den besagten sogenannten Geisteskrankheiten die Wirkungen ganz bestimmter, wenn auch unbekannter oder kaum bekannter und deshalb unheimlicher Ursachen zu sehen, welche die fraglichen Menschen betroffen haben. Und daher denn auch die unklaren, ja mystisch dunkelen Vorstellungen die in Betreff dieses Punktes sonst noch herrschen, wie namentlich die Lehren von der erblichen Anlage und der erblichen Belastung mitsammt

dem erblich degenerativen Irresein, die, so ohne Weiteres gebraucht, mich stets an die Erbsünde, den Tod und die ewige Verdammniss erinnert haben und noch erinnern. Menschlich, allzu menschlich! Ist der Mensch auch das Ebenbild Gottes; aus dem Ebenbilde auf das Urbild und das unter ihm dargestellte Wesen, gar lebendige Wesen und seinen Charakter zu schliessen, hat immer etwas Verfängliches und bewahrheitet nur zu oft den Satz: Wie der Mensch, so sein Gott!

Unter solchen Umständen ist es schwer zu sagen, was wohl die zuletzt erwähnten Aerzte, beziehentlich Irrenärzte, unter den zur Sprache gebrachten unheimlichen Ursachen sich vorstellen, und wie etwa sie ihre Wirkungsweise sich denken. Bei der vollständigen Unklarheit, welche in dieser Beziehung da herrscht, ist es nicht möglich, sich auch nur einige Klarheit über Letzteres zu verschaffen; nichts destoweniger habe ich doch den Eindruck gewonnen, als ob es sich bei ihm gewissermassen um die Annahme von einer Art Krankheitswesen handele, die wie die obenberührten laienhaften Dämonen, Teufel u. s. w. in die bezüglichen Menschen eindringen, sich in ihnen einnisten und, wie an Masse, so an Kraft und Stärke zunehmend, sie endlich zerstören. Ich habe den Eindruck gewonnen, als ob die fraglichen Aerzte ihre Geisteskrankheiten ansehen, wie alle anderen, in Sonderheit die von ihnen im Gegensatze zu den Geisteskrankheiten stets sehr betonten, sogenannten körperlichen oder auch rein körperlichen Krankheiten, wie also z. B. die Masern, die Rötheln, den Scharlach, die Ruhr, die Cholera, die Pest, den Skorbut, den Aussatz, die Syphilis, d. h. also wie die in bestimmten Menschen zu bestimmter Erscheinung gebrachten verderblichen Abänderungen ihres bisherigen Lebensvorganges durch ebenso bestimmte Schädlichkeiten, welche man gemeinhin abstrakter Weise, wenn auch wenig richtig oder vielleicht sogar sehr unrichtig, eben als Krankheiten bezeichnet. Die solchen körperlichen Krankheiten gleichsam entsprechenden, als eigene, wohl charakterisierte Geisteskrankheiten geschilderten Melancholie, Manie, Wahnsinn, Verrücktheit, Verwirrtheit, Schwachsinn, Blödsinn, sowie die erst in den letzten Jahrzehnten schärfer unterschiedenen Amentia Meynerts, Katatonie Kahlbaums, akute

halluzinatorische Verwirrtheit Fürstners u. s. w. scheinen nur dafür zu sprechen.

Daneben habe ich den Eindruck erhalten, als ob vorzugsweise ausländische d. h. nicht deutsche Irrenärzte es sind, welche die sogenannten Geisteskrankheiten in der besagten Weise auffassen, dass indessen die deutschen Irrenärzte, ächt deutschem Brauche und Verhalten gemäss, die Auffassungen und Lehren, die von dem Auslande und seinen von ihm auf den Schild gehobenen Autoritäten herkommen, zunächst wenigstens, den Vorzug vor den auf heimischem Boden, von heimischen Beobachtern und Bearbeitern aufgestellten erhalten, selbst wenn sie nichts Anderes und jedenfalls nichts Besseres bringen. Die Beard'sche Neurasthenie mit Allem, was ihr voraufging, mit Allem, was ihr nachfolgte, beweist das. Es ist das, meinem Dafürhalten nach eine besondere Form des Kampfes um das Dasein, die damit zum Ausdruck kommt und sich als solche dem Wettbewerbe anreiht, dessen verschiedene Erscheinungsweisen vornehmlich in jüngster Zeit die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gelenkt haben.

Die Auffassungen der Lebensvorgänge und mit ihnen natürlich auch der Krankheitsvorgänge und ihrer Erscheinungen, also der mannigfachen Krankheiten schlechthin, sind nach dem Auftreten Darwin's, Alfred Wallace's, Huxley's, Moriz Wagner's, Gegenbaur's, Häckel's, entsprechend den Lehren derselben, die unter dem Ausdruck „des Darwinismus" zusammengefasst zu werden pflegen, bei uns in Deutschland hier und da zu modeln gesucht worden. Ich habe mich dabei betheiligt und, soweit ich das zu beurtheilen im Stande bin, mit am stärksten. Das biologische Grundgesetz, das ich dabei kennen gelernt und dann weiter kennen gelehrt habe, ist das Hauptergebniss davon.

Das Wesentliche dieses biologischen Grundgesetzes jedoch, auf das es indessen meiner Meinung nach hier gerade sehr ankommt, gipfelt in dem bekannten Satze: Natura non facit saltum.

Die verschiedenen Kräfte, die man bis in das fünfte Jahrzehnt unseres Jahrhunderts als wohl von einander gesonderte unterschied, gehen, wie Robert Mayer, Helmholtz, Joule gezeigt

haben, in einander über. Sie stellen, jede für sich betrachtet, gleichsam nur Phasen, und vielfach nur räumlich und zeitlich eng beschränkte Phasen eines grösseren, dem Aussehen nach verwickelteren Kraftäusserungsvorganges, genau betrachtet, des ganzen Weltvorganges dar. Die Körper, und, wie Darwin im sechsten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts zuerst es bestimmter ausgesprochen hat, namentlich die lebendigen Körper, die Organismen, verhalten sich ebenso. Sie, diese Organismen, an sich blosse Kraftkomplexe, passen sich nach Aussprüchen von Darwin und seinen grossen Mitkämpfern — denn kämpfen haben sie alle ebenso wie Joule, Helmholtz und ganz besonders Robert Mayer, hart müssen, ehe ihre neuen, bahnbrechenden und zugleich bahnebnenden, die Menschen in jeder Hinsicht unendlich fördernden Lehren von der in althergebrachten Irrthümern befangenen Welt anerkannt wurden, — die Organismen also passen sich den Umständen sowie Verhältnissen an, unter denen zu leben sie gezwungen sind. Sie verändern sich damit, werden andere, indem ihre Eigenschaften und Leistungen, d. h. ihre Kraftäusserungen überhaupt, beeinflusst von den Kräften jener, andere werden, sich also auch ändern, verändern.

Die verschiedenen Formen und Bethätigungsweisen, unter denen die Organismen erscheinen, und nach denen man verschiedene Arten und Gattungen, Familien und Stämme, Ordnungen und Klassen, selbst Reiche derselben unterscheidet, berühren sich dessenungeachtet dennoch innig und gehen sogar unmerklich in einander über. Die vordarwinistische Ansicht, die Formenkreise von Individuen, welche man als Arten, als Spezies bezeichnet, oder wie man sich wenig klar und verständlich ausdrückte, die Arten, die Spezies, an und für sich, die einen in sich wohl abgegrenzten Kreis bestimmt charakterisierter Individuen bilden, seien, wie sie gerade sind, geschaffen worden, diese Ansicht ist nicht stichhaltig befunden und darum von allen einsichtigen Biologen aufgegeben worden. Was man als Art, als Spezies, heutigen Tages allein zu bezeichnen berechtigt ist, ist vielmehr ein Kreis, eine Summe gleicher, beziehentlich möglichst gleicher Individuen, die unter beziehentlich von denselben Umständen, denselben Verhältnissen hervorgebracht, um-

gebildet, gemodelt worden sind und nun in ihnen leben, und von denen wir aus Erfahrung wissen, dass sie gleich oder wenigstens annähernd gleich bleiben, so lange die Umstände und Verhältnisse andauern, unter denen sie es sind, dass sie aber aufhören, es zu sein, sowie diese sich ändern. Sie ändern sich dann auch, erst eins, einzelne, dann andere, dritte; sie arten ab, arten aus und werden damit Anfänge von neuen Arten, die sie in einiger Zeit auch wirklich darstellen. Was wir zur Zeit Arten, Spezies, in der Welt der Organismen zu nennen berechtigt sind, sind demgemäss auch nur Phasen in dem Entwickelungs-, dem Werdegange dieser Welt selbst, die in einzelnen Individuen zwar uns entgegentritt, aber nicht gerade aus ihnen sich zusammensetzt, aufbaut.

Nichtsdestoweniger werden die Arten, die Spezies, der Organismen trotzdem vielfach noch in der vordarwinistischen Weise angesehen. Denn der Darwinismus hat nicht überall den Anklang gefunden und, wenn auch auf beschränktem Raume, so doch immerhin den festen Fuss gefasst, wie bei uns in Deutschland, von dem aus betrachtet, gar grosse Theile des Auslandes, des hochgebildeten Auslandes, wie streng ablehnend gegen ihn sich verhalten. Der Darwinismus kann nur dort Eingang finden und Ausbreitung gewinnen, wo die Wissenschaft überhaupt historisch, weil induktiv, behandelt wird; wo sie dagegen in doktrinärem Gewande auftritt, ist für ihn kein Raum. Er verlangt zu seinem Fortkommen die freie Weltanschauung und den weitreichenden Blick eines Giordano Bruno, Spinoza, Leibniz, Goethe, Schelling; in dem trüben Lichte dumpfer Räume scholastischer Heimstätten, in denen allenfalls der Neuplatonismus sowie Neuaristotelismus eines Anselm von Canterbury, seines Schülers Abaelard und wieder dessen Schülers Thomas von Aquino gedeiht, vermag er selbst nicht zu gedeihen. Der Darwinismus verlangt Freiheit, geordnete Freiheit, der Bewegung; die scholastische doktrinäre Beschränktheit ist sein, wie jedes höheren Geisteslebens, Tod. Talmud und Koran haben unbestritten überall da, wo sie die Herrschaft inne hatten, zu dem geistigen Stillstande geführt, der den gesellschaftlichen, nämlich staatlichen, politischen Untergang der durch sie Beherrschten unwiderstehlich nach sich zog.

Die Betrachtung der Geisteskrankheiten als besondere Krankheiten des Menschen, hervorgerufen und unterhalten durch eine Art von Krankheitswesen, die in seinen Körper eingezogen seien, entspricht im Allgemeinen den Auffassungen, welche die Biologen vor Darwin von den Arten, den Spezies, der Organismen hatten. Darum denn auch eine entsprechende Auffassung jener Krankheiten heute noch überall da, wo man sich dem Darwinismus nicht angeschlossen hat, sondern mehr an scholastischen Ueberlieferungen festhält und sich von ihnen leiten lässt. Ich aber bin, wie aus der bisherigen dieser meiner Darstellung sich ergeben haben wird, Anhänger des Darwinismus. Die Art, die Spezies, ist für mich blos eine Phase in dem Entwickelungs-, dem Werdegange eines, sagen wir, organischen Kraftkomplexes und damit wieder eines kleinen, wenn auch sehr, sehr kleinen Theiles des Weltganzen. Ich kann mir keinen Organismus und damit wieder auch keinen Menschen mehr recht vorstellen ohne im Zusammenhange mit seiner Umgebung, ohne die Welt, in der er geworden, ohne das Weltganze, aus dem er hervorgegangen ist. Er ist für mich zu allen Zeiten unter allen Umständen das jeweilige Erzeugniss, das Produkt des ganzen Weltalls, des von Bewusstsein erfüllten und in Folge dessen auch selbst bewussten Weltalls, und darum ist er auch abhängig von ihm, von seinem ersten bis zu seinem letzten Augenblicke; — denn in ihm leben, weben und sind wir.

Die verschiedenen Geisteskrankheiten, soweit sie als thatsächlich wohl zu unterscheidende Zustände des Menschen beschrieben und benannt worden sind oder noch beschrieben und benannt werden, halte ich, wie ich gelegentlich schon hervorgehoben habe, nicht für Besonderheiten, für bestimmte Krankheiten eigener Art, sondern lediglich für Phasen eines Vorganges, durch den ein gegebener Mensch anders als gewöhnlich, leidend, krank erscheint und dies vorzugsweise durch sein sogenanntes Geistesleben, zumal durch das Verhalten seines Ichs an den Tag legt. Denn auf dieses Ich kommt es, wie ich in meinem Aufsatze dieser Sammlung: „Was sind Geisteskrankheiten?“ auseinander zu setzen gesucht habe, gerade an, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob jemand

geisteskrank sei oder nicht; da das, was wir so kurzweg geisteskrank, Geisteskrankheiten, nennen, sich nur als ein Kranksein und als scheinbare Krankheiten dieses Ichs darstellt. Wie indessen das Ich eines Menschen, das Gefühl seiner selbst, gar nicht zu trennen ist von seiner übrigen Person, mithin auch nicht von seinem Körper, der so häufig zu ihm in Gegensatz gebracht wird, — Ich ist ja blos ein kurzer Ausdruck für „meine Persönlichkeit", „meine Person", — so ist auch ein sich krankfühlendes, ein krankes, leidendes Ich gar nicht von seiner sonstigen Person, zu der doch offenbar auch der Körper gehört, zu trennen. Ganz allgemein setzen deshalb auch unbefangene Menschen voraus, dass, wo sich ein Ich krank zeigt, dass da auch der zugehörige Körper gelitten habe, und leiten das Kranken jenes von dem Kranken dieses ab. Nur da, wo die Menschen ihre Unbefangenheit verloren, weil sie zu viel vom Baume der Erkenntniss genascht und in Folge dessen eine Trennung von Körper und Geist, oder Leib und Seele, Soma und Psyche, vorgenommen haben, wo sie jene als den minderwerthigen, den vergänglichen, wohl sogar als den verderblichen Theil ihrer selbst anzusehen sich gewöhnt haben, als das Fleisch, das ihren Geist in seinem Streben nach Vollkommenheit hemmt und hindert und dadurch endlich in das ewige Verderben zieht, nur da liegt es anders. Weiter oben, als des grob-sinnlichen Dualismus gedacht wurde, ist davon die Rede gewesen.

Das Kranken, die Andersartigkeit des Ichs überhaupt offenbart sich in seiner Erregbarkeit, beziehungsweise Erregheit. Beide können gesteigert, erhöht, beide können herabgesetzt, vermindert, selbst aufgehoben, vernichtet sein; beide können dazu gegen früher oder im Vergleich mit anderen, mit Durchschnittsmenschen, absonderlich, eigenartig, fremdartig erscheinen. Die bezüglichen Individuen fühlen sich je nachdem leicht geschädigt, behindert, behemmt, schmerzlich berührt, verletzt, verwundet; oder sie fühlen sich nur wenig, ja kaum oder auch gar nicht, am wenigsten jedoch schmerzlich berührt, — „so etwas berührt mich nicht, lässt mich gleichgültig, kalt, macht mich höchstens lachen," — deshalb fühlen sie sich aber auch in nichts behindert, gehemmt, im Gegentheil, in allen eher gefördert, allent-

halben erhoben, zu allem wie beschwingt; oder aber sie fühlen sich auch gar nicht. Und was den letzten Punkt betrifft, so fühlen sie sich als ganz andere, wie ehedem, als arme Schlucker, als Verfolgte, Gequälte, als Besessene, als Thiere, oder als reiche, mächtige Leute, als Kaiser, als Könige, als Propheten, Heilige, als den Heiland, als Gott selbst.

Das gehemmt, behindert, bedrückt, und darum in höheren Graden wie gebunden, gefesselt, sowie deshalb wieder mehr oder weniger unglücklich sich fühlende Ich wird das melancholische genannt. Das ganze bezügliche Individuum sieht unzufrieden, traurig, niedergeschlagen, wie mit sich in Zwiespalt gerathen, aus. Das sich gefördert, erhoben, wie beschwingt und in Folge dessen vielfach schrankenlos frei und glücklich fühlende Ich heisst das maniakalische. Es ist das Gegentheil des melancholischen, und die entsprechenden Individuen geben es zu erkennen durch ihr sogenanntes selbstzufriedenes bis übermüthiges, im Ganzen heiteres Aussehen und sicheres, festes Auftreten. Das sich überhaupt nicht mehr fühlende Ich führt die Bezeichnung des stuporosen. Die stuporosen Individuen verhalten sich regungslos, wie im tiefen Schlafe, im Tode. Die höheren Grade einer Gehirnerschütterung, eines sogenannten Shock lassen sein Bild am ausdruckvollsten zur Erscheinung kommen. Das sich als ein anderes, als ein fremdes, ein absonderliches fühlende Ich nennt man ein paranoetisches. Die in Betracht kommenden Individuen, legen es durch ihre Reden und Gebahrungen an den Tag und zwar das eine Mal mehr als ein gleichzeitig melancholisches, das andere Mal mehr als ein gleichzeitig maniakalisches. Ein stuporoses Ich kann ein solches, das sich zugleich als ein paranoetisches zu erkennen giebt, nicht wohl sein.

Der Zustand, den das melancholische Ich kennzeichnet, wird hergebrachtermassen Melancholie geheissen, der, den das maniakalische Ich characterisiert, heisst vielfach, namentlich in der Neuzeit, Manie. Früher, seit Alters her, begriff man gemeinhin unter Manie den krankhaften Zustand, der sich bei sogenannter gehobener, exaltierter Stimmung, die indessen einer durchaus melancholischen entsprungen sein kann, wie z. B. die

pathetische und humoristische, von denen jedoch die pathetische und die zu Kalauern geneigte streng getrennt zu halten sind, früher also begriff man unter diesem Namen den krankhaften Zustand, der sich bei sogenannter gehobener, exaltierter Stimmung, durch vermehrte, leidenschaftlich - heftige, laute, lärmende Bewegungen, beziehentlich Handlungen zum Ausdrucke brachte. Die alten griechischen sowie römischen Aerzte brauchten dem entsprechend Mania denn auch in dem Sinne von Raserei, Wuth, Verzückung, Wahnsinn. Die älteren Irrenärzte der neueren Zeit, ich verstehe darunter die der ersten Hälfte unseres gegenwärtigen Jahrhunderts, in der nach langen, Jahrhunderte langen Zeitläuften erst wieder von einer ärztlichen Irrenheilkunde die Rede sein kann, brauchten ihren, von jenen übernommenen Ausdruck Manie in dem nämlichen Sinne, und der bei weitem grösste Theil der Irrenärzte der neuesten Zeit, der Gegenwart, braucht ihn nicht anders. Selbst Guislain, Griesinger, Leidesdorf fassten sie, die Manie, noch zu Beginn der zweiten Hälfte des laufenden Jahrhunderts, im 6. und 7. Jahrzehnt desselben, nicht anders auf. Doch da schon, und mehr noch später, machten sich auch die Anschauungen geltend, denen ich sodann gefolgt bin. Erlenmeyer d. Aelt., Westphal, Schüle (1878 in seinem Handb. d. Geisteskrkht.) von Krafft-Ebing legten das Wesen der Manie nicht mehr in die Aeusserung eines krankhaft gesteigerten Bewegungs-, beziehungsweise Bethätigungstriebes, Bethätigungsdranges, sondern geradeso wie das der Melancholie in eine Veränderung der Selbstempfindung. Allein während der Bewusstseinsinhalt bei dieser Unlust und Schmerz sei, sei er bei jener Lust und Wonne. Doch hat diese Auffassung niemals weite Verbreitung gefunden, geschweige denn ist sie eine allgemeinere geworden.

Die fragliche Unlust und den fraglichen Schmerz habe ich in meinem Lehrbuche der Psychiatrie sowie an verschiedenen anderen Orten durch eine Hemmung des Ichs in seinem Streben, nämlich nach einer ihm selbst entsprechenden und deshalb ihm gerade genehmen Bethätigung zu erklären gesucht, die gegentheilige Lust und Wonne durch eine Förderung in einem solchen. Die tägliche Beobachtung, die tägliche Erfahrung

lehre das, und die Ursache davon sei das krankhafte Anwachsen sowie die krankhafte Verminderung bis zum scheinbaren Wegfall der betreffenden physiologischen Hemmung. Ernährungsstörungen der mannigfachsten Art seien die Ursache hiervon wieder.

Wo die Manie indessen nach wie vor in der Aeusserung eines krankhaft gesteigerten Bewegungs-, beziehentlich Bethätigungsdranges bestand, da bestand für sie auch vielfach der Name Tobsucht. Den scharfen Beobachtern konnte jedoch bei aufmerksamer Beobachtung derselben nicht entgehen und ist auch nicht entgangen, dass sie nicht blos bei verschiedenen Individuen, sondern zu verschiedenen Zeiten auch bei ein und demselben Individuum verschieden verliefen. Das eine Mal machte der Tobsüchtige den Eindruck, als sei er von Verzweiflung, Hass, Ingrimm, von Zorn und Wuth erfüllt, als suchte sein sich gekränkt, vergewaltigt fühlendes Ich sich auch mit Gewalt zu befreien und zu seinem vermeintlichen Rechte zu verhelfen; das andere Mal zeigte er sich über die Mafsen lustig, ausgelassen heiter, mehr als Possenreisser, voll unbesonnener, schlechter Scherze und übermüthigen Schabernacks, denn voll feindlicher Schädigungssucht und rachsüchtiger Bosheit. Im ersteren Falle schien das charakteristische Toben aus melancholischer Verstimmtheit zu erfolgen, im zweiten aus maniakalischer Erregung. Die erste Tobsuchtsform erschien deshalb als melancholische Tobsucht, die Tobsucht im eigentlichsten Sinne des Wortes, als Furor oder, wenn rasch vorübergehend, als Raptus. Raptus est furor brevis; furor est raptus productus, propagatus. Die zweite Tobsuchtsform dagegen zeigte sich als maniakalische Tobsucht, und das ist die Manie κατ᾽ ἐξοχήν. Zwischen beiden Tobsuchtsformen gab und giebt es zahlreiche Uebergangsformen, und namentlich leicht schlägt die Manie durch gern sich wiederholende Raptus in einen Furor um. Beide sind häufig von Wahnvorstellungen, Wahnvorstellungen bestimmter Art, begleitet und, wenn diese in den Vordergrund treten und charakterbestimmend für das ganze Krankheitsbild werden, so werden selbige, die beiden Tobsuchtsformen, wohl auch als Wahnsinn sensu strictiore bezeichnet. Wenn der beregte Wahnsinn, gleichviel ob melancholischer oder maniakalischer Art,

sich nicht legt und schwindet, sondern, wenn auch in seiner Erregtheit gemildert, chronisch geworden, weiter bestand, so hiess man den nunmehr durch ihn dargestellten Zustand eine Verrücktheit. Trat letztlich bei demselben eine auffallende Schwäche hervor, bei der die einzelnen Gedanken nicht festgehalten werden konnten, sondern kaum entstanden wieder vergingen und durch andere, neue ersetzt wurden, so nannte man ihn Verwirrtheit, und traten in ihm überhaupt nur noch wenige, spärliche und dürftige Gedanken auf, machte er sich durch eine aussergewöhnliche Gedankenarmuth auffällig, so sprach man von ihm als einem Blödsinn im engeren Sinne des Wortes.

Dessenungeachtet hielt und erklärte man alle diese Zustände doch für den Ausdruck eigener Krankheiten oder auch für solche selbst, die wohl in einem gewissen Zusammenhange untereinander ständen, aber doch jede für sich ein wohl charakterisiertes Bild darstellte, und die alle zusammen die sogenannten psychischen oder Geisteskrankheiten ausmachten. Der bei weitem grösste Theil der Irrenärzte der Gegenwart und, wie mehrfach schon hervorgehoben worden ist, vorzugsweise ausserdeutsche, denen die deutschen, wenn sie auch vorübergehend anderer Ansicht waren, dann aber wieder gefolgt sind, haben den nämlichen Standpunkt eingenommen und bis jetzt auch festgehalten. Dabei hat sich jedoch bei der grossen Anzahl scharfsinniger Beobachter das Bedürfniss herausgestellt, den Formenkreis der genannten psychischen oder Geisteskrankheiten zu erweitern, ihre Arten, so zu sagen, durch neu erkannte sowie durch Abarten, Unterarten von ihnen zu vermehren, geradeso wie das sonst bei wissenschaftlichen Bearbeitungen, namentlich systematischer Art, der Fall zu sein pflegt. Die Folge davon war, dass die Charakteristik der bisher bekannten, als feststehende angenommenen Krankheitsbilder eine andere wurde, und die Bilder selbst, welche durch Abspaltungen neuer Bilder von ihnen natürlich durch ebenso viele Uebergänge zwischen ihnen verbunden blieben, nur undeutlich umgrenzt und wie mit einander verschwommen erschienen und annoch erscheinen. Wenn man die Beschreibung dieser Bilder liest, bekommt man trotz

der mitunter bestechenden Sprache, in der sie abgefasst sind, dennoch vielfach den Eindruck, als seien sie am grünen Tische entworfen und ausgearbeitet worden, ohne dass der bezügliche Autor das jeweilige Bild vor Augen gehabt hätte, und zwar weder vor dem leiblichen noch vor dem geistigen.

Sehr bezeichnend ist deshalb in dieser Hinsicht, was Hitzig darüber in seinem Buche „Ueber den Quärulantenwahnsinn“ Leipzig 1895 S. 78 sagt: „Unter den hier besprochenen heilbaren Krankheitsformen lassen sich als wohl charakterisierte Krankheitstypen die Manie, die Melancholie, das akute halluzinatorische Irresein und der von Kraepelin sogenannte Wahnsinn unterscheiden. Unter diesen typischen Formen begegnet man am häufigsten dem halluzinatorischen Irresein. Noch häufiger sind aber die atypischen, die Mischformen, so dass eine strenge Scheidung zwischen Manie und Melancholie und dem halluzinatorischen Irresein einerseits, dem letzteren und Kraepelins Wahnsinn andererseits nicht durchführbar ist.“ (! !) Und was meint er darüber sonst noch, z. B. S. 77 desselben Buches? „Zweitens kommen mir typische Formen von Manie und Melancholie allmählich immer seltener zu Gesicht, während andererseits die atypischen Formen an Zahl immer zunehmen . . . . Ich bin unter diesen Umständen und in der letzten Zeit bei zunehmender Grösse des Beobachtungsmaterials immer öfter gezwungen gewesen meine klinische Analyse mit dem Satze zu schliessen, es sei rein willkürlich, ob man den Fall als Manie (bezw. Melancholie) oder als halluzinatorisches Irresein bezeichnen wolle. (! !)

Bravo! Herr Hitzig, einer der bekanntesten und vielgenanntesten Irrenärzte der Gegenwart, erklärt also, man könne die von ihm eben erst hervorgehobenen wohlcharakterisierten Geisteskrankheiten oder wie er sie hier nennt, Krankheitstypen bezeichnen, wie man wolle, so oder so. Warum? Weil man sie, mithin auch er selbst, nicht gehörig unterscheiden könne. Ich rufe noch einmal dazu: Bravo! Denn die Krankheiten, Krankheitstypen, Melancholie, Manie, haluzinatorisches Irrsein, Wahnsinn mitsammt der oft vorgebrachten akuten Verrücktheit, wie sie heutigen Tages beschrieben werden, vermag ich eben-

falls nicht unter allen Umständen, sowie es die bezüglichen Autoren wohl wollen, zu unterscheiden und auseinander zu halten. Es ist, wie Herr Hitzig meint, nicht möglich, und damit richtet er und richtet das ganze einschlägige Streben in der Psychiatrie sich selbst.

Und nichts destoweniger sind Melancholie und Manie, Furor und Stupor, die Verrücktheit, die Verwirrtheit, der Blödsinn, selbst in einer Reihe ihrer weitestgehenden Abänderungen gar nicht schwer zu erkennen, macht man sich nur ihr Wesen klar und sieht man sie lediglich als Zustandsformen, Phasen, im Verlaufe eines grösseren, allgemeineren Krankheitsvorganges an, der in einer bestimmten Person, einem bestimmten Ich zur Entwicklung gekommen ist, und sucht man blos immer die Erscheinungen dieses Krankheitsvorganges auf das in Betracht kommende Ich zu beziehen.

Vor allem halte man darum fest, dass die Melancholie nie etwas Anderes als das gehemmte, das bedrückte, vergewaltigte, gefesselte und darum das im Ganzen leidende, traurige Ich ist, dass der Raptus, der Furor, das von den betreffenden Hemmnissen, von dem bezüglichen Drucke, aus der vermeintlichen Gewalt sich zu befreien strebende, kurz das sich entfesselnde und deshalb das im Ganzen sich auflehnende, aufsässige, lärmende Ich ist, dass die Manie dementsprechend das bereits entfesselte, das wieder frei gewordene und deswegen übermüthig-ausgelassene Ich ist, der Stupor das erlahmte, gelähmte, das hingestreckte, verbrauchte und damit das stumpfe, stumme, stille Ich, die Verrücktheit das inhaltlich veränderte, sich selber entfremdete, das verwandelte, verfälschte, die Verwirrtheit das schwache, unklare, unsichere, schwankende, haltlose, der Blödsinn im engeren Sinne das lahme, hinfällig-sieche und aus diesen Grunde wieder stumpfe, stumme, stille Ich darstellt.

Die soeben berührten krankhaften Zustände des Ichs, die ich für meinen Theil bestimmter zu charakterisieren gesucht habe, galten ehemals für die hauptsächlichsten oder Grundformen der psychischen oder Geisteskrankheiten, aus denen später die zahlreichen modernen, nur schwer oder auch gar nicht von einander zu unterscheidenden Formen geschaffen

worden sind, von denen soeben erst die Rede war. Von diesen älteren, sogenannten Grundformen der Geisteskrankheiten aber haben schon vor Jahrzehnten, vor 50 und 60 Jahren, einige der hervorragendsten Irrenärzte aller Zeiten, die Grossmeister der Psychiatrie, welche die ersten Versuche machten, die bis zu ihrer Zeit gewonnenen psychiatrischen Kenntnisse in wissenschaftliche Bahnen zu leiten und zu ihrer besseren Erkenntniss die Psychiatrie, oder vielmehr deren reales Objekt, die geisteskranken Menschen, selbst unter einem höheren, weiter reichenden und deswegen umfassenderen Gesichtspunkte aus zu betrachten, zu studieren und in ihrem Wesen, also auch in ihren jeweiligen Krankheiten und damit denn natürlich auch die sogenannten Geisteskrankheiten an und für sich zu erforschen, von den besagten älteren oder auch blos alten Grundformen der Geisteskrankheiten nahmen die erwähnten Irrenärzte, namentlich die Zeller, Griesinger, Guislain, die Neumann, Kahlbaum, Schüle (A. a. O. Kap. 24) an, dass sie nicht getrennte Krankheitsformen, sondern vielmehr blos Stadien eines typischen grossen Grundprozesses, der, — wie Schüle ihn nennt, — Psychoneurosis seien. Ich habe mich diesen Annahmen angeschlossen und, hinsichtlich der in Frage kommenden Nomenklatur mich vornehmlich an Kahlbaum lehnend, den psychischen Ausdruck jenes Prozesses als Vesania und, insofern als er nach einem ganz bestimmten Typus verläuft, als Vesania typica bezeichnet. Diese Vesania typica entspricht im Grossen und Ganzen der von Schüle sogenannten Psychoneurosis, die auch sehr wohl eine typica genannt werden könnte; allein ich habe den Begriff Vesania etwas weiter gefasst, und Schüle hat in den Begriff Psychoneurosis das Somatische, das rein Enkephale oder Cerebrale im Gegensatze zum rein Psychischen, mit hineingezogen. Seine anderweitigen Bezeichnungen Psychische Hirnneurose, Cerebropsychose, Psychische Cerebropathie erheben das fast zur Gewissheit.

Doch das macht jedenfalls nichts Erhebliches aus. Ich nehme ja bei allen psychischen Geschehnissen auch die Mitwirkung des Soma an und für sich an, — denn Psyche und Soma, Geist und Körper sind ja während des Lebens wenigstens

nicht von einander zu trennen, und ob der betreffende Vorgang blos unter der Mitwirkung eines Theiles des einzigen Gehirnes, des jeweiligen Individuums erfolgt, oder unter der Bethätigung seiner ganzen Person, das will mir für die uns gerade beschäftigende Angelegenheit ziemlich gleichgültig erscheinen. Der von Schüle gebrauchte Ausdruck Psychoneurosis und der von mir angewandte Vesania besagen so ziemlich dasselbe. Nicht ganz! Denn sie bezeichnen nicht identische Begriffe, sondern blos cognate, doch so cognate, dass sie namentlich mit Rücksicht auf die Aufeinanderfolge der Stadien in ihrem Verlaufe, also der einzelnen Phasen desselben, als Synonyme gelten können.

Die Vesania typica beginnt immer mit einer Melancholie. Diese kann allerdings häufig nur sehr schwach entwickelt sein und deshalb leicht übersehen und missdeutet werden; allein trotz aller mir in dieser Beziehung gemachten Einwendungen habe ich sie in Fällen, die ich nur einigermassen von Anfang an selber beobachten konnte, niemals vermisst. Aus der besagten Melancholie, die rascher oder langsamer heranwächst, gehen Raptus und Furor hervor, die ich beide noch in den Bereich jener rechne; und aus diesen letzteren findet bald mehr, bald weniger jäh auf einmal ein Umschlag in die Manie statt, welcher wieder ich den etwaigen ihr entsprechenden Wahnsinn sowie die etwaige, ihr gleichfalls entsprechende Verrücktheit und Verwirrtheit, natürlich aber nur soweit als dieselben wieder vorübergehen, zuzähle. Danach tritt ein Stupor auf, der, wenn er nicht vollständig ist, ein melancholischer geheissen werden kann und, wenn das bezügliche melancholische Moment in ihm stärker hervortritt, nach diesem herkömmlicher Weise den Namen Melancholia stuporosa oder cum stupore zu führen pflegt. Aus diesem Stupor, beziehungsweise aus dieser Melancholia stuporosa geht die Genesung von der ganzen Vesania hervor oder erfolgt ihr Uebergang in Blödsinn, der ja eigentlich nichts Anderes als ein habituell gewordener Stupor ist. Die Vesania typica ist so mit dem Stupor oder der Melancholia stuporosa abgelaufen, zu Ende gekommen. Was sich an diese etwa noch anschliesst, ist eine Sache für sich; indessen spielt sie dabei nichtsdestoweniger doch wieder eine erneute oder auch eine immer und

immer wieder erneute Rolle. so dass in gewissen Fällen die eine Ves. typica die andere jagt. In solchen Fällen spricht man zumeist von einem blossen Stimmungswechsel, nämlich einem raschen Wechsel zwischen Traurigkeit. Niedergeschlagenheit und Heiterkeit, Ausgelassenheit, oder auch einer gewissen Gleichgültigkeit, Apathie, ohne jedoch sich bewusst zu sein, dass flüchtige Ves. typicae seine Ursache sind.

Die Ves. typica erliegt in ihrem Ausdrucke vielen und öfter grossen Schwankungen. Eigentlich verläuft sie in jedem Individuum, in dem sie sich zeigt, anders, und deshalb ist sie spät erst überhaupt erkannt worden, und wird sie jetzt noch zumeist verkannt. Von der Entwickelung ihrer einzelnen Phasen, deren Stärke und Dauer oder auch gelegentlichem Ausfalle, ist das ihrer Form nach, von dem Temperamente und Charakter des jeweiligen Individuums ihrem Inhalte nach, von sonstigen Eigenschaften, Eigenthümlichkeiten, Sonderbarkeiten, des letzteren ihrem weiteren Verhalten nach, das wir seiner Unbestimmtheit halber mit den unbestimmten Ausdrücken Farbe, Ton, Timbre, Boden, Untergrund, Hintergrund belegen, abhängig. Dies jedoch beruht wieder auf den des Genaueren noch wenig bekannten Elementarvorgängen, die wie zuletzt alles einschlägige Andere dem Leben zu Grunde liegen und gewöhnlich unter dem Ausdrucke Stoffwechsel begriffen werden, so dass die Eigenheiten, Besonderheiten und Absonderlichkeiten eines Individuums, einer Person, eines Ichs, auf den Eigenheiten, Besonderheiten und Absonderlichkeiten beruhen, mit denen sich sein Stoffwechsel vollzieht. Eigenthümliche, beziehentlich absonderliche Ernährungsvorgänge, die sich durch eigenthümliche, beziehungsweise absonderliche Ergebnisse, wie entsprechende, meist unangenehme Riechstoffe, nach Ziegen, Ziegenböcken, Mäusen, Moschus, Styrax, nach faulem Käse, faulen Fäkalmassen, oder entsprechende, meist unansehnliche Farbstoffe, im Urin, im Schweisse, in der Haut (Chloasmata, Nigrities partialis) oder auch das Gegentheil, Ausfall von Farbstoffen (Vitiligines, Ergrauen der Haare) oder aber endlich wie entsprechende Bildungen, Missbildungen und Rückbildungen, Wachsthum des Bartes der Weiber, Ausfallen des Bartes der Männer, Trocken- und Spröde-Werden der Nägel,

Entwickelung von Fettsucht oder Magerkeit, von Pityriasis, Psoriasis, ichthyotischen Erscheinungen, solche und ähnliche Ergebnisse oder Vorkommnisse verrathen diesen eigenthümlichen, mehr oder weniger absonderlichen Stoffwechsel und bezeugen durch sie die Paratrophie, welche er darstellt. Diese Paratrophien indessen führen zu Parästhesien, mit ihnen zu Illusionen und diese führen wieder zu Paranoesien, sit venia verbo, worunter ich vorübergehende paranoetische Zustände verstanden wissen möchte, und aus denselben zu einer eigentlichen Paranoia selbst, der Verrücktheit im engeren Sinne des Wortes. Die Verrücktheit ist somit hauptsächlich durch den Unter- oder Hintergrund bestimmt, auf dem die gerade in Betracht kommende Vesania sich gleichsam abspielt. Die fragliche Vesania ist eine typica oder, wenn sie lange dauert, chronisch verläuft, eine Reihe, eine Kette von solchen sich immer und immer wieder erneuernden und wiederholenden Ves. typicae, die öfter blos sehr rudimentär geartet sind und lediglich den beregten Stimmungswechsel bedingen; sie ist aber besonders gefärbt, timbriert durch den Boden, dem sie entwachsen ist, durch den Unter- oder Hintergrund, von dem sie sich in ihrem Gange abhebt. Sie an und für sich ist die blosse Aeusserung des absonderlichen, vielfach ganz fremdartigen Vorganges, der sich, wie wir zu sagen pflegen, im Inneren des jeweiligen Individuums abspielt, durch den es jedoch thatsächlich überhaupt blos ist.

Tritt die Verrücktheit erst in Folge der Ernährungsveränderung ein, deren ihrer Zeit hauptsächlichstes Symptom eine Ves. typica war, so dass sie, die Verrücktheit, gewissermassen als ein Folgezustand dieser, der Ves. typica, erscheint, so heisst sie eine sekundäre Verrücktheit, sekundär mit Bezug auf die voraufgegangene und damit gleichsam primäre Vesania. Entwickelt sich die Verrücktheit dagegen auf Grund der Ernährungsveränderung, welche durch eine sonstige Schädlichkeit hervorgerufen worden ist, die das betreffende Individuum befallen hatte, entwickelt sie sich nach einem Typhus, nach einem Rheumatismus, nach der Influenza, nach einem Falle, einem Sturze, einer Quetschung, einem Knochenbruche u. ä., so heisst sie eine primäre, und ist die sie bedingende Ernährungsab-

änderung, Ernährungsstörung, gleichsam angeboren, weil die Anlage zu ihr angeboren ist, so ist sie nach W. Sander am passendsten als eine originäre zu benennen. Mit der Erkenntniss der Eigenart der primären sowie der ihr zugehörigen originären Verrücktheit sind vorzugsweise die Namen Snell, Griesinger, W. Sander, Westphal verknüpft, wenn auch in anderer Weise, als dem Dargelegten nach angenommen werden dürfte.

Wie mit der Ves. typica insonders zur Verrücktheit, der Paranoia, liegt es mit ihr auch zu anderen Erkrankungsformen, vorzugsweise zur allgemeinen progressiven Paralyse oder Paralysis progressiva generalis, deren meist ausserordentlich charakteristisch verlaufende Symptomenreihen unter dem Begriffe und Namen Ves. progressiva oder, um gleich ihre Zugehörigkeit zu der genannten Paralyse zu bezeichnen, Ves. paralytica progressiva zusammengefasst worden sind. Diese Vesania aber ist nichts Anderes, als eine ächte typica, indessen wieder in eigener Art gefärbt, timbriert durch den Unter- oder Hintergrund, d. i. Betreffs ihrer selbst durch den Krankheitsvorgang, den die allgemeine progressive Paralyse als Ganzes darstellt. Denn die fragliche Ves. typica ist blos ein Symptom, eine Einzel- oder Theilerscheinung von der Gesammterscheinung, dem ganzen Bilde, unter dem jene, nämlich die allgemeine progressive Paralyse, verläuft. Freilich ist sie das die Aufmerksamkeit hauptsächlich in Anspruch nehmende und fesselnde Symptom derselben, das, vor dem alle übrigen in der Regel so zurücktreten, dass diese gemeiniglich blos ein sehr beiläufiges oder höchstens ein in diagnostischer Hinsicht zu verwerthendes Interesse bieten; allein sie ist dessenungeachtet doch nicht mehr, als ein solches Einzelsymptom, das psychische Symptom der grossen, allgemeinen krankhaften Ernährungsveränderung, welche die allmähliche Erlahmung aller Funktionen, d. i. eben die allgemeine progressive Paralyse zur Folge hat, und der wir nach dem Tode gewisse Veränderungen des Gehirnes und seiner Hüllen, zumeist entzündlicher und atrophischer Art, scheinbar zu Grunde liegen finden. Doch sind diese letzt erwähnten Veränderungen mit einer gewissen Bestimmtheit blos den späteren Verlaufs-

stadien der viel besagten Paralyse zuzuschreiben, in denen die anfängliche Psychoneurosis Schüle's schon in eine von ihm so geheissene Cerebropsychose oder gar Cerebropathie übergangen ist.

Ist die psychische, die geistige Störung bei der allgemeinen progressiven Paralyse, die Ves. paralytica progressiva blos eine besonders gefärbte, besonders timbrierte Ves. typica, so sind meinem Dafürhalten nach auch die Geistesstörungen, welche besondere Hirnleiden begleiten, beziehungsweise durch dieselben verursacht werden, also auch Schüles psychische Cerebropathien, solche Vesaniae typicae, allerdings in mannigfacher Abänderung ihrer Grundform. Es würde zu weit führen, hierorts näher darauf einzugehen; ich erlaube mir deshalb blos kurz auf meine, mit Dr. August Dohm herausgegebene Schrift: Der Verlauf der Psychosen, Wien und Leipzig 1887, zu verweisen. In ihr werden bezügliche Abänderungen in grösserer Zahl beschrieben und bildlich, d. i. graphisch, als Kurven, dargestellt. So viel sei indessen dazu doch noch bemerkt: Die sehr abgeänderten, unregelmässig, atypisch erscheinenden Kurven, besonders wenn sie sich eine an die andere anschliessen und so ein endloses Gewirr ohne Unterbrechung zu bilden scheinen, sind meines Erachtens der Ausdruck eines tiefer geschädigten, stärker mitgenommenen oder schwerer erkrankten Individuums in psychischer Beziehung, also eines Individuums, das in seinem Ich und dessen vornehmlichsten Träger, d. i. wieder in seinem Nervensysteme und besonders in seinem psychischen Organe oder grossem Gehirne härter gelitten hat. Die Ves. typica an sich, zumal in ihrer Haupt- oder Grundform, der legitima vera completa, ist wie verschiedenen Ortes, und vornehmlich zusammen mit A. Dohm in der eben erwähnten Schrift S. 47 ich hervorgehoben habe, lediglich ein besonderer Ausdruck des Pflüger'schen Erregungsgesetzes der ermüdeten und absterbenden Nerven. Je tiefer der Nerv ermüdet, je weiter sein Absterben vorgerückt, je schwerer krank er also ist, um so mehr zeigt sich die Kurve der durch ihn vermittelten Aeusserungen, Leistungen, abgeändert, unregelmässig, oder selbst gänzlich atypisch geworden. Trotzdem lässt sie jedoch immer noch ihren ursprünglichen Charakter, d. h.

den ihr zu Grunde liegenden Typus erkennen, hat der entsprechende Beobachter sich nur einigermassen erfolgreich bestrebt, ihr Wesen sich zu erklären und damit zu begreifen. Dieser Sachlage entsprechen darum auch die Psychoneurosen, Cerebropsychosen und psychischen Cerebropathien Schüles, zwischen denen dreien und den von mir beschriebenen und graphisch dargestellten Vesanien, im Grunde genommen, kein anderer Unterschied bestehen dürfte, als dass Schüle zum Ausgangspunkte für ihre sowie die aus ihnen sich ergebenden weiteren Annahmen den anatomischen, beziehentlich den pathologisch-anatomischen Standpunkt gewählt hat, und ich den physiologischen und pathophysiologischen. Indem ich zur Grundlage meiner Betrachtungen der Psychosen oder sogenannten Geisteskrankheiten das Pflüger'sche Erregungsgesetz der ermüdeten und absterbenden Nerven machte, führte ich sie auf das biologische Grundgesetz überhaupt zurück, da jenes Pflüger'sche Gesetz später blos als ein besonderer Ausdruck dieses allgemeineren erkannt worden ist.

Aus all dem und insbesondere aus dem in den letzten Absätzen Auseinandergesetzten dürfte sich ergeben, dass ich für meine Person alle sogenannten Geisteskrankheiten hinsichtlich ihrer Verlaufsweise im grossen Ganzen für gleich erachte. Sie verlaufen alle nach dem Schema der Ves. typica, wenn auch im Einzelnen so verschieden, wie die Individuen, ihr Naturell und ihre etwa vorhandenen nachweisbaren Krankheiten verschieden sind, bei denen sie zur Beobachtung kommen. Ich pflichte aus diesem Grunde denn auch bis zu einem Grade den alten Irrenärzten, vornehmlich Chiarugi, Morgagni, Fr. Hoffmann bei, welche der Meinung waren, dass es in Wirklichkeit nur eine Art von Geistes- oder Seelenstörungen, beziehentlich Geisteskrankheiten gebe, und stehe dabei durchaus zu Guislain, welcher behauptete, dass selbige aus dem immer vorhandenen Seelenschmerze hervorgingen und deshalb mit einer Melancholie begännen. Und sollte das auch anders sein können?

Die Geisteskrankheiten sind, wie ich in meiner Schrift: „Was sind Geisteskrankheiten?“ nachzuweisen gesucht habe, mehr oder weniger schwere Störungen des Selbstgefühles,

Ichgefühles oder des Ichs kurzweg. Als Ort des schliesslichen Zustandekommens dieses Ichs gilt bekanntlich das grosse Gehirn, das seiner ganzen Entstehung nach zu der Gefühle vermittelnden Abtheilung des Nervensystems gehört. Jedes einzelne Glied dieser Abtheilung, d. i. jeder einzelne sogenannte Gefühlsnerv bethätigt sich immer blos in ein und derselben Art und Weise. Der N. olfactorius löst immer blos Geruchsempfindungen aus, der N. opticus blos solche von Licht, der N. acusticus solche von Schall, die Nn. gustatorii solche von Geschmacksemfindungen, die Nn. sexuales solche von Sexualempfindungen aus u. s. f. Man nennt diese Eigenschaft der betreffenden Nerven ihre spezifische Energie. Das grosse Gehirn, in dem alle Gefühle vermittelnden Nerven enden und die an sie gebunden erscheinenden Gefühle erst zur Auslösung bringen, das grosse Gehirn, und in Sonderheit seine Rinde als psychisches Organ, Seelen oder Geistesorgan, als Organ des Ichs, löst blos Ichgefühle, d. h. blos solche Gefühle aus, welche sich auf das jeweilige Ich selbst und seine mannigfachen Verhältnisse zur Welt und zum Nebenmenschen beziehen, insofern nämlich diese letzteren in ihm jene ersteren durch die verschiedenen Sondergefühle hervorgerufen und angeknüpft haben, die die sogenannten Gefühlsnerven ihrer Energie gemäss je ihm übermittelten.

Die gedachten Ichgefühle aber sind keine weiteren als die des Behagens und Missbehagens, der Lust und Unlust, der Wonne und des Wehs, des Schmerzes, gemischt mit dem Gefühle, oder auch beherrscht von dem Gefühle, der Empfindung oder Wahrnehmung, die, man gestatte mir den Ausdruck, durch die spezifische Energie eines Nerven ausgelöst wurden und dann erst Behagen oder Missbehagen, Lust oder Unlust, Wonne oder Weh des jeweiligen Individuums, des jeweiligen Ichs nach sich zogen. Dennoch sind die fraglichen Gefühle, Ichgefühle, gar nicht zu trennen von den Gefühlen, welche durch die spezifische Energie der Gefühle vermittelnden Nerven überhaupt ausgelöst wurden. Sie sind, wie ich die Sache ansehe, mit diesen eins; immerhin legen sie dessen ungeachtet meiner Auffassung nach Zeugniss dafür ab, dass die gerade in Betracht kommenden

Perceptionen auch appercipiert wurden. Unter Umständen nämlich scheint, wie selbstverständlich es sonst auch aussieht, dieses dennoch nicht zu geschehen. Die sogenannte Seelenblindheit und Seelentaubheit dürften damit in Zusammenhang stehen und ihre Erklärung finden. Denn beide beweisen, dass gegebenen Falles wohl Perceptionen stattgefunden haben, dass gesehen und gehört worden ist, dass aber das Gesehene oder Gehörte, das also blos einfach Percipierte, nicht zum Bewusstsein gelangte, weil es nicht den augenblicklichen Selbstbewusstseinszustand zu ändern und eine ihm entsprechende Vorstellung zu erwecken vermochte. Es trat das Percipierte nicht in das Ich ein, wurde deshalb nicht vernommen, nicht begriffen. Dies Vernehmen, Begreifen jedoch, und das weitere dadurch bedingte Verstehen des Gesehenen oder Gehörten, es ist nur möglich, wenn dasselbe als einfach Percipiertes in das Ich gelangt und von ihm aufgenommen und assimiliert wird. Diese Aufnahme und Assimilation aber wieder in das Ich ist das, was wir die Apperception nennen. Von Seelenblindheit, Seelentaubheit zu reden, fördert darum zum Wenigsten nicht das Verständniss des entsprechenden Vorganges; mehr thäten das entschieden die Benennungen Ichblindheit, Ichtaubheit; allein es würden dieselben wohl auch zu häufigen Missverständnissen und komischen Bemerkungen Veranlassung geben. Ich habe deshalb schon in meinem Lehrbuch der Psychiatrie, Wien und Leipzig 1883, für die angezogenen Ausdrücke die Akatamathesia (*ἀ-Καταμάθησις*) optica und acustica, sowie für letzeren auch Anakroasie (*ἀν-ἀκρόασις*) gebraucht, da sie sämmtlich vor Allem die Unfähigkeit hervorheben, das Gesehene, das Gehörte zu begreifen, zu verstehen, und darauf kommt es bei der ganzen Angelegenheit der Hauptsache nach doch wohl an.

Von Max Dessoir ist ein Oberbewusstsein und ein Unterbewusstsein unterschieden worden. Nicht jedem dürfte von vornherein diese Unterscheidung auch als eine zurecht getroffene erscheinen. Allein wenn wir unter jenem, dem Oberbewusstsein, das die Apperceptionen vermittelnde, unter diesem, dem Unterbewusstsein, das blos die Perceptionen schaffende verstehen, dann wäre die Unterscheidung doch thatsächlich ganz richtig.

Jenes wäre das eigentliche Ichbewusstsein, dieses allein das Ich bildende. Durch eine Einschläferung jenes, sowie eine geeignete Erregung dieses liessen sich dann wohl auch am leichtesten eine Reihe der auffallendsten, wenn auch längst bekannten, so doch immer wieder von Neuem überraschenden und fesselnden Erscheinungen des Hypnotismus erklären. Sie beruhten auf einem, so zu sagen, Ichschlafe, einer dadurch bedingten Vernehmungslosigkeit, beziehentlich Verständnisslosigkeit der Perceptionen. Indessen mehr davon würde hierorts zu weit führen.

Je nach der Stärke der Gefühle, die durch die sogenannten Gefühlsnerven ausgelöst wurden, je nach der Stärke der Perceptionen also, die stattfanden und die dann als Reize auf das Ich wirken, wobei immer zunächst an ihre organischen Träger zu denken ist, je nach der Stärke dieser Reize also und der Kraft und Widerstandsfähigkeit des Ichs fühlt dieses sich, entsprechend dem biologischen Grundgesetze, gefördert oder gehemmt und mehr oder weniger gefesselt; es fühlt sich danach behaglich oder unbehaglich, lustig oder unlustig, voller Wonne oder Weh. Das überreizte, abgenutzte und darum geschwächte, schwach gewordene, darum aber auch wieder krankende beziehungsweise schon kranke Ich ist immer nach dem Grade und der Schwere seiner Ueberreizung, seiner Erkrankung ein missgestimmtes, missmüthiges, wehleidiges. Eine Melancholie muss demnach jede psychische oder Geisteskrankheit einleiten, und jede derselben muss dem oben Erörterten nach als eine Ves. typica verlaufen.

Wenn nun aber auch letzteres der Fall ist, so werden die betreffenden Vorgänge doch nichtsdestoweniger durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen. Vergiftungen und vornehmlich sogenannte Selbstvergiftungen durch Produkte eines aussergewöhnlichen Stoffwechsels, wie er sich auf angeborener eigenartiger Grundlage leicht in Folge von Erkältungen und ungeordneter oder auch unzureichender Lebensweise ausbildet, scheinen indessen zu den häufigsten zu gehören. Schon in meinem bereits erwähnten Lehrbuche der Psychiatrie, noch bestimmter in meinem Buche die Neurasthenie, Wien und Leipzig 1885 S. 114, habe ich darauf hingewiesen. Seit-

dem ist diese Ansicht auch anderwärts aufgetaucht, hat sich eingebürgert und, wie es scheint, bereits eine grosse Verbreitung gewonnen. Erst vor Kurzem wurde ich durch einen von sich und Anderen hochangesehenen Irrenarzt auf sie und ihre Bedeutung aufmerksam gemacht. Nachdem er gesprächsweise in einem leicht wegwerfenden Tone meine Meinung betreffs des Verlaufes der Psychosen nach dem Pflügerschen Erregungsgesetze des ermüdeten und absterbenden Nerven als nichts besagend von der Hand gewiesen hatte, hob er mit einer gewissen Emphase hervor, dass die Psychosen vielmehr ein Ausdruck von Vergiftungszuständen sein dürften, als ob sich der Verlauf von Vergiftungszuständen und der nach dem erwähnten Pflügerschen Gesetze gegenseitig ausschlössen; und als ich mir darauf zu bemerken erlaubte, dass ich ja schon vor Jahren letzteres bekannt zu geben versucht hätte, ich wüsste im Augenblicke nur nicht wo, da hatte er für mich nur eine Art mitleidigen Lächelns. Ein solches drückt ja freilich zumeist auch ein gewisses Wohlwollen beziehentlich des armen Bemitleideten aus, und thatsächlich empfand ich auch etwas davon.

Sind nun aber auch die Psychosen in sehr verschiedener Weise verursacht, namentlich auch durch Selbstvergiftungen mittelst Stoffwechselsprodukte der mannigfaltigsten Art, niemals jedoch entstehen sie durch eine Art von Krankheitswesen, die gewissermassen Parasiten gleich in die bezüglichen Individuen eindringen, sich in ihnen einnisten und ihre Psyche, ihre Seele, ihren Geist durchsetzen, zersetzen, zerstören. Der alte Dämonenglaube wäre sonst gar nicht so ungereimt und abgeschmackt, wie er hingestellt zu werden pflegt, und die jeweiligen Exorcismen, zumal in Anbetracht der zeitigen Suggestionen und Hypnosen, wären nicht so höhnisch zu verlachen, wie in gewissen Kreisen alltäglich geschieht.

Indessen ganz davon abgesehen, kann die besagte Meinung geradezu verderblich wirken, wird sie maſsgebend für das irrenärztliche Handeln. Vorzugsweise bei der gerichtlichen Thätigkeit des Irrenarztes tritt das hervor und führt nur zu häufig zu den verhängnissvollsten Irrthümern. Denn nimmt der Irrenarzt an, ein Mensch sei geisteskrank, weil die entsprechende Geistes-

krankheit in ihn parasitenartig von aussen eingewandert sei, so ist und bleibt dieser Mensch geisteskrank, so lange auch nur ein Fünkchen, ein Atom, von ihr, der fraglichen Krankheit, in ihm ist, und der betreffende Arzt erklärt ihn je nachdem für unmündig oder unzurechnungsfähig oder auch für beides zugleich. Denn der bezügliche Geisteskranke kann, ja muss bei der besagten Auffassung am Ende beides sein; weil er der freien Willensbestimmung, dieser unglücklichen Erfindung Anselms von Canterbury, und mit ihr aller der Fähigkeiten beraubt ist, welche aus ihr entspringen oder auf sie sich gründen sollen, und das muss der fragliche Geisteskranke sein, selbst wenn er sich wie jeder sogenannte Geistesgesunde, d. h. wie jeder für geistesgesund erachtete Durchschnittsmensch, gehalten und überlegt, also verständig, der Zeit und den Umständen angemessen, benimmt. Denn der freie Wille, die freie Willensbestimmung ist eine, dem Dogma nach, blos dem gesunden Menschen zukommende Eigenschaft; wer geisteskrank ist, und sei es auch nur durch ein Minimum des krankmachenden Prinzips, hat keinen freien Willen, keine freie Willensbestimmung. Um letzteres erklären, beziehentlich behaupten zu können, genügt deshalb der einfache Nachweis, dass der in Betracht gekommene Mensch geisteskrank sei, weil er nicht durchaus geistesgesund sich zeigt. Aber welcher Mensch ist in Wirklichkeit denn durchaus geistesgesund?! Nichtsdestoweniger huldigen den letzt auseinander gesetzten Ansichten dennoch die bei Weitem grösste Mehrzahl, vornehmlich nicht-deutscher Irrenärzte. Die Wissenschaft soll zwar eine allgemeine, eine weder durch Grenzen noch durch Sprachen irgendwie abgemarkte sein, und die wahre, auf die Natur und das alltägliche Leben gegründete ist es auch; allein die dargelegten Ansichten charakterisieren eine Psychiatrie, die sehr wenig zu dem besagten Leben passt und sich z. B. zu den Gesetzen höchst civilisierter Länder, wie Deutschlands, Oesterreichs, Frankreichs, bei deren Anwendung ein phychiatrisches Wissen und Können nothwendig geworden, in vollem Widerspruche steht. Mit den beregten Ansichten ist daher eine falsche Anwendung der bezüglichen Gesetze nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern gelegentlich geradezu unvermeidlich.

In Folge dieser und ähnlicher Ansichten, scholastischer Sophismen, auf die wegen ihrer scharfsinnigen Logik sich dennoch die betreffenden Irrenärzte als gerichtliche Sachverständige noch etwas besonderes zu Gut thaten, sind, wie ich aus Erfahrung weiss, Hunderte, ja vielleicht Tausende bona fide, in gutem Glauben und bei gutem Gewissen, entmündigt und um ihre heiligsten Rechte gebracht, sind womöglich noch mehr dem rächenden Arme der Gerechtigkeit entwunden, und ist das Rechtsgefühl des Volkes in weiten Kreisen erschüttert, ja selbst vernichtet worden. — Nur nicht lächeln! Nur nicht Achseln zucken! Der Mörder der Kaiserin Elisabeth von Oesterreich wurde von Gesinnungsgenossen für einen Verrückten, also Geisteskranken erklärt. Gegen einen Geisteskranken aber könne man nicht die Strenge des Gesetzes anwenden; ihm könne, ihm dürfe daher auch nicht an den Kopf oder an den Kragen gegangen werden! Dass der genannte Mörder nicht gesund gewesen, will, muss ich beinahe zugeben. Ein solch verrucht fühlender, verrucht denkender und verrucht handelnder Mensch leidet zum Wenigsten an jenem krankhaften Geisteszustande, den die Engländer als Moral insanity, die Franzosen als Folie moral, und die Deutschen als Moralisches Irrsein bezeichnet haben. Woher er das Leiden bekommen, ist dabei eine Sache für sich, jedenfalls doch hat er es nicht bekommen in Folge einer parasitengleichen Einwanderung seiner Keime. Es ist dieses Leiden, meiner Meinung nach, vielmehr der mehr oder weniger weit gediehene Anfang einer meist primären oder gar originären Verrücktheit; allein Menschen, welche mit ihm, beziehentlich einer leichten derartigen Verrücktheit selbst behaftet sind, pflegen trotzdem sehr wohl noch im Stande zu sein, ihr Leben selbstständig zu führen und ihren Zwecken gemäss zu gestalten. Sie sind deshalb auch weder nach den deutschen, noch nach den österreichischen, noch nach den französischen entsprechenden Gesetzen — die spanischen allein sollen darin anders sich verhalten — unmündig, noch sind sie unzurechnungsfähig. Und das traf, beziehentlich trifft noch, auch auf den in Rede stehenden Mörder der Kaiserin Elisabeth zu. Wenn auch nicht ganz gesund, war er doch keineswegs so krank, dass seine Unthat ihm nicht hätte zu-

gerechnet werden dürfen oder gar müssen. Doch die Rechtsbegriffe und die ihnen zu Grunde liegenden Rechtsgefühle, die wir für gewöhnlich unter dem weiteren Begriffe der moralischen Gefühle mit zusammenfassen, hatten bei seinen Gesinnungsgenossen und vielen, denselben in ihrem Fühlen und Denken sich nähernden Persönlichkeiten, eine solche Verwirrung und solche Verkehrung erfahren, dass diese Menschen selbst vermeinten, der ganz gemeine, niederträchtig-leichtfertige Mord dürfe an dem offenbar geistig nicht ganz gesunden, darum aber wieder geisteskranken Mörder nicht gerächt werden. An welchem Mörder aber soll dann ein Mord, an welchem Verbrecher überhaupt noch ein Verbrechen gerächt werden? Jedes Zusammen-Leben, jedes Zusammen-Wohnen von Menschen hört dann jedoch auf. Eine menschliche Gesellschaft ist unmöglich geworden. Staaten werden hinfällig und brechen zusammen. Anarchie tritt ein und mit ihr ein menschlich-gesellschaftliches Chaos. Der alte Spruch: „Gerechtigkeit erhöht ein Volk; aber die. Sünde“, — das ist das Unrecht, die Schuld, — „ist der Leute Verderben“ wird Thatsache, und die rächende Nemesis, d. i die dem Menschen unangenehme Wirkung von ihm benutzter ungehöriger Ursachen, hält einen ihrer grossen Weltgerichtstage ab.

Die zur Sprache gebrachten scholastisch - sophistischen Meinungen und Lehren also, die in das Praktische übersetzt eine Tragweite zu haben vermögen, der ihre Anhänger und Verbreiter sich kaum bewusst geworden sein dürften, können nur nachtheilig oder, wie erst gezeigt worden ist, geradezu verderblich wirken. Die vielen Entmündigungen, die vielen Freisprechungen von Angeklagten, welche in den beiden letzten Jahrzehnten wegen Geisteskrankheit vorgekommen sind, mögen sie formell auch ganz zu Recht erfolgt sein, haben das durch ihre wohl ziemlich allgemein bekannt gewordenen Folgen ausserdem bewiesen. Der Rechtssinn des Volkes wurde auch da in weiten Kreisen erschüttert und legte das in Wort und Schrift in oft sehr heftiger, gereizter Weise an den Tag. Wo aber das geschieht, da leiden des Volkes Sitten, als Ausdruck seiner Kultur, immer Schiffbruch. Eine immer grössere Verrohung,

eine immer ärgere Verwilderung reisst ein und greift um sich. Und dann? Wie erst vor wenigen Minuten gesagt worden ist: Es geräth dann die menschliche Gesellschaft ins Schwanken, die Staaten, die höchste Form, in der sie sich zur Darstellung bringt, stürzen zusammen; ganze Völkerschaften, ganze Nationen als solche gehen unter; bis endlich ein Retter ersteht, der mit eisern-gewaltiger Hand eine neue Kultur heraufführt, auf neue Stützen stellt, zu denen er von den alten vielleicht das noch Brauchbare verwendet, nimmermehr indessen die alten Stützen als solche an sich benutzt; denn die sind, wie die Geschichte gelehrt hat, unwiderruflich dahin, allenfalls Ehrfurcht gebietende Ueberreste einer grossen Vergangenheit, aus denen wir viel lernen können, wenn wir zu lernen vermögen, die wir nichtsdestoweniger für die Gegenwart unmittelbar zu benutzen, nicht im Stande sind.

Die bei der eben verhandelten Frage in Betracht kommenden Irrenärzte als gerichtliche Sachverständige haben sich offenbar nicht klar gemacht, wohin sie treiben, wohin sie führen. Sie handeln in dem guten Glauben, weil sie das Rechte wollen, so auch das Rechte zu thun. In diesem Glauben handle ich aber auch und trete deshalb ihnen entgegen, wo es meiner Meinung nach die Gelegenheit erfordert, doch immer, so viel an mir ist, sine ira et studio. Ich kämpfe für die Sache; in Betreff der Person hat mich immer der Wahrspruch geleitet: „Homo sum."

In Anbetracht nun all der angestellten Erörterungen, vorzugsweise jedoch der, dass die sogenannten Geisteskrankheiten im grossen Ganzen denselben Charakter und Verlauf, nämlich den einer Vesania typica, besitzen, erhebt sich nunmehr die Frage: Wie soll man sie da dennoch unterscheiden und benennen? Denn Unterschiede giebt es bei ihnen ja, und entsprechende Benennungen, passende Namen für dieselben sind wichtig. Was Namen zu bedeuten haben, geht ja unter Anderem auch aus den Bemerkungen einer Autorität wie Hitzig hervor, welche S. 38 beigebracht worden sind. Sind doch die Namen überhaupt, als Zeichen von Begriffen, lediglich zum Unterscheiden vorhanden. Führen sie indessen zu Verwechselungen und immer

wieder zu Verwechselungen, so verfehlen sie ihren Zweck, ja haben ihn bereits verfehlt. Zur raschen Verständigung sind kurze, möglichst bezeichnende Namen wünschenswerth. Die nach wissenschaftlichen, gleichsam nach inneren, nach physiopsychologischen Gründen gebildeten Namen pflegen leicht zu lang zu gerathen. Sie verhalten sich etwa wie die neueren Namen der chemischen Körper, die nach der elementaren Zusammensetzung dieser letzteren gebildet worden sind, und verfehlen, wenn auch in anderer Weise, ebenfalls ihren Zweck.

Die Psychiatrie und zweifelsohne die practische Psychiatrie ist eine Kunst. Rasche und doch möglichst wissenschaftliche Bezeichnungen für die Vorgänge in ihr, über welche die jeweiligen Irrenärzte sich rasch verständigen wollen, sind meines Erachtens daher angebracht. Nun wissen wir aber, und in meiner Schrift: Was sind Geisteskrankheiten? habe ich das besonders nachzuweisen gesucht, dass diese letzteren in mannigfach verschiedener Weise verursacht sein können; wäre es da nicht am zweckmässigsten, sie nach diesen ihren Ursachen zu unterscheiden und benennen? Dem einschlägigen ärztlichen Handeln wäre damit dann auch bis zu einem gewissen Grade die Richtung angewiesen, in der es sich zu bewegen habe, und sowohl dem bezüglichen Kranken wie seinem Arzte käme das nur zu Gute. Wir sprechen schon in der heutigen Psychiatrie von toxischen Psychosen oder einem toxischen Irrsein. Die Alkohol-, die Morphium-, die Cocain-, Nicotin-, die pellagrösen Psychosen, oder, wie sie auch heisen, das alkoholische, morphinische, cocainische, das Nikotin- und pellagröse Irrsein pflegen davon die bekanntesten zu sein. Allein ebenso kann man auch von Urat-Psychosen und uratischem Irrsein reden und im Zusammenhange damit von Rheuma- und Gichtpsychosen oder rheumatischem, beziehentlich gichtischem Irrsein. Von ihrem gelegentlichen Vorkommen glaube ich mich im Laufe der Zeit hinlänglich überzeugt zu haben. Ihre allmählige Entwickelung mit der Entwickelung der entsprechenden Urathämie, ihr Anhalten, so lange diese und die von ihr abhängige Uraturie anhielt, sowie endlich ihr Schwinden, wenn die Urate aus dem Körper zu schwinden begannen, und ihr Erlöschen, wenn die

Ausscheidungen dieser erloschen waren, das Alles hat mir die bezügliche Ueberzeugung verschafft. Namentlich geschah das jedoch durch die Fälle, welche sich durch Recidive und damit eine Art von periodischem Verlaufe auszeichneten, weil jedes Recidiv in derselben Weise sich weiter abspielte; und ganz ähnlich lag und liegt es mit den Rheuma- und Gicht-Psychosen, die auf einem rheumatischen oder gichtischen Boden sich entwickeln und mit den Beschwerden des fraglichen Rheumatismus sowie der betreffenden Gicht in oft deutlich erkennbarem Zusammenhange stehen. Nur muss man sich bewusst sein und bewusst bleiben, dass die zu Beschwerden führenden Gefühle und Empfindungen, die bald nur leichter ziehenden, bald aber äusserst heftigen, unaushaltbar bohrenden oder reissenden, drückenden, quetschenden Schmerzen mannigfache Transformationen erfahren und zu entsprechenden Erklärungsversuchen Veranlassung geben. Der sogenannte Elektrisierwahn, der Wahn elektrisiert, galvanisiert, faradayisiert, magnetisiert zu werden, blos um ein Beispiel hervorzuheben, kommt meinen Beobachtungen nach, vorzugsweise, wenn auch nicht ausschliesslich, bei Rheumatikern und Gichtikern vor. Indessen, es würde hierorts zu weit führen, wollten wir das augenblicklich mehr und näher zu begründen suchen.

Längst bekannt ist, dass nach gewissen Infektionskrankheiten sich bei diesen und jenen Individuen Psychosen, wie psychische Störungen überhaupt, einstellen. Vor einigen Jahrzehnten waren etliche hervorragende Irrenärzte der Meinung, dass ein, nach diesem höherer, nach jenem minder hoher Procentsatz aller Geisteskrankheiten, nach Nasse z. B. rund 2 %, nach Schlager etwa 4,5 %, nach Jacobi gar 12 %, auf einen überstandenen Typhus zurückzuführen seien. Vornehmlich die Annahme Jacobis war dabei offenbar zu hoch beziffert; allein darin kamen doch auch spätere und mit ihnen auch heutige Irrenärzte überein, dass dem Typhus in Betreff der nachträglichen Entwickelung von Geisteskrankheiten ein grosses Gewicht beizumessen sei. Ebenso waren und sind sich die massgebendsten Irrenärzte darin einig, dass eine ähnliche Bedeutung in dieser Hinsicht auch die sogenannten Malaria-Infectionen, die verschiedenen Tropenfieber,

die Dysenterie, die Cholera, die Pocken und nach den neuesten Erfahrungen besonders auch die Influenza haben. Man fasst mancherseits alle einschlägigen Psychosen, zwischen denen man vielfach nach charakteristischen Unterschieden sucht, doch nur schwer finden dürfte, meinem Dafürhalten nach sehr richtig als postinfectiöse Psychosen, beziehentlich postinfectiöses Irrsein zusammen. Die fraglichen Psychosen wie das fragliche Irrsein überhaupt sind wohl nichts Anderes als der Ausdruck der ganzen, fremdartigen Ernährungs-, d. i. Stoffwechselsvorgänge sowie deren entsprechenden Ergebnissen, die als Reaktion gegen die jeweilige Infection stattgefunden haben, und der ihnen verliehene Name ist so recht bezeichnend.

Wie es gewisse Beschäftigungs- und gewisse Unfalls-Krankheiten überhaupt giebt, denn die letzteren sind bis zu einem gewissen Grade wohl den ersteren zuzuzählen, und die Minenkrankheit, die Eisenbahnkrankheit und ganz besonders die eigentliche Railway spine mögen als Beispiel dafür dienen, so giebt es auch Beschäftigungs- und Unfalls-Psychosen an sich. Maler, Schriftsetzer, Tischler, Schlächter habe ich ab und an, junge Soldaten und nach den Feldzügen auch ältere, vorgesetzte, häufiger, ganz auffallend oft aber im Verhältnisse dazu Seefahrer von den ersteren ergriffen gesehen; die betreffenden Individuen sind den jeweiligen Verhältnissen wohl nicht gewachsen gewesen; mit den letzteren dagegen, als einfachen Correlaten der Unfalls- oder traumatischen Neurosen, die wir bei Meerschweinchen in der Form der Epilepsie bekanntlich experimentell hervorzurufen im Stande sind, habe ich nach allen möglichen Verletzungen Bruch des Oberschenkelhalses, Quetschung des Hüftgelenkes, Quetschung der Schulter, des Dammes u. dgl. m. sie bei Arbeitern aller Art entstehen sehen.

Einen nicht unbedeutenden Antheil zu den Erkrankungen an Psychosen stellen die Entwickelungs- oder Evolutionsjahre sowie ihr Gegentheil, die Rückbildungs- oder Involutionsjahre. Von dem Klimakterium der Frauen, wie auch dem Senium der Männer und Frauen überhaupt, ist das allbekannt. Wenn auch nicht unbekannt, nicht annähernd so bekannt ist indessen das auch von den Entwickelungsjahren und zwar hauptsächl den

Jahren stärkeren Wachsthumes. Doch kann man da geradezu von Wachsthumspsychosen sprechen, die in der Zeit vom 15. 16. bis 20. 22. Lebensjahre auftreten, ein halbes, oder im Falle von Reciden von zusammen 2—3 Jahre dauern, dessenungeachtet bei geeigneter Behandlung, wie anhaltender Bettruhe, wo möglich in freier, frischer Luft, verbunden mit zweckmässiger Diät, zumeist glücklich vorübergehen. Sie sind in einem gewissen Sinne vielleicht den Inanitions-Psychosen zuzurechnen, die, wie der Name besagt, durch ungenügende Ernährung, vornehmlich bei erhöhten Ansprüchen an die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Individuen, namentlich auf Kosten des Schlafes, zu Stande kamen. Jugendliche Kellner und Kellnerinnen, wie junge Dienstboten überhaupt, die die ruhe- und fast schlaflose Badesaison in den Bädern Pommerns verbrachten, demnächst jugendliche Landarbeiter aus der Klasse der sogenannten Sachsengänger, von denen Vorpommern und Mecklenburg in den letzten Jahren überfluthet worden ist, die vielfach noch in den Entwickelungsjahren stehen, in Bezug auf Wohnung und Verpflegung nur dürftig es haben und dennoch wochen- und monatelang Tag aus Tag ein vom frühen Morgen bis zum späten Abend sich anstrengen müssen, die haben mich vorzugsweise die fraglichen Psychosen kennen gelehrt. Diese Psychosen können deshalb Ermüdungs-, Ermattungs- oder auch Erschöpfungs-Psychosen genannt werden, und sind wesentlich aus Ueberanstrengung in Folge von Ueberbürdung hervorgegangen, gerade so wie die entsprechenden psychischen Krankheitserscheinungen bei jungen Leuten der höheren Bildungsanstalten in Folge sogenannter Ueberbürdung mit Belehrung und mit Lernen.

Gerade so wie Unfälle der hervorgehobenen Art geben auch Organerkrankungen irgend welcher Art Veranlassung zur Entwickelung, beziehungsweise zum Ausbruche von Psychosen. Von den Krankheiten und krankhaften Vorgängen in den Geschlechtsorganen vornehmlich des Weibes wissen wir das schon seit langem; über entsprechende Vorkommnisse beim Manne sind wir weniger unterrichtet. Indessen die letzten Jahre haben unsere Kenntnisse in dieser Hinsicht, wie anderwärts auch, nicht unbedeutend erweitert: Der klimakterischen Psychosen

des Weibes ist bei der Erwähnung der Involutions-Psychosen schon gedacht worden. Ebenso giebt es aber auch Evolutions-Psychosen, die vorzugsweise mit dem Eintreten der Menstruation überhaupt zusammenhängen und dann entsprechende Psychosen, die im späteren Leben in Verbindung mit den einzelnen Menstruationen und deren Besonderheiten sich zeigen und je nachdem menstruale oder intermenstruale genannt werden. Ausserdem giebt es aber auch noch Schwangerschafts- oder Graviditäts-, Wochenbetts- oder puerperale, und Säugungs- oder Laktations-Psychosen, von denen die letztgenannte freilich zum guten Theil auch den Inanitions- oder Erschöpfungspsychosen zugerechnet werden dürfen. — Bei den Männern sind es vornehmlich die Ausschweifungen, die durch sexuelle Neurasthenie veranlasst, zu solchen Psychosen führen. Zum Zustandekommen der letzteren gehört darum zum Wenigsten ebenso sehr eine angeborene krankhafte Veranlagung, wie die gemeiniglich allein angeschuldigten Ausschweifungen. Sie sind deswegen auch vielmehr das Resultat des berüchtigten Circulus vitiosus, der in der Pathologie die bekannte hervorragende Rolle spielt, als blos die Folge von Verirrungen, denen man, befangen in einem gewissen Mystizismus, Wirkungen zugeschrieben hat, die sie nicht besitzen. Sehr objektiv, vielleicht am objektivsten von allen einschlägigen Autoren, hat sich bisher darüber von Kraft-Ebing vernehmen lassen. Denn, wenn er auch von Sexual-Psychosen und sexualem Irrsein in Folge von groben und selbst unnatürlichen Ausschweifungen spricht, so ist er doch durchaus geneigt, den Hauptantheil an ihrer Entstehung und ihrem endlichen Ausbruche der beregten krankhaften Veranlagung Schuld zu geben.

Wie nun von sexualen Psychosen und sexualem Irrsein, unter welchem letzt gebrauchten Ansdrucke Irrsein man gewöhnlich einen schweren und mehr chronischen oder vielleicht richtiger habituellen Zustand versteht, so kann man weiter auch von intestinalen Psychosen und einem intestinalen Irrsein reden. Mitbedingt durch verschiedene Darm- und Eingeweideleiden charakterisirt es sich am häufigsten durch hypochondrische Züge, ist auch nicht gerade jede Hypochondrie und jedes hypochondrische Moment überhaupt auf krankhafte intestinale Vor-

gänge zurückzuführen. Nicht minder kann man in demselben Sinne auch von pectoralen Psychosen sprechen, welche als pneunomische Psychosen, pneunomisches Irrsein, Pneumonien einleiten und begleiten und dabei bisweilen unter der Form einer Vesania typica saeviens, beziehungsweise eines sogenannten Delirium acutum verlaufen; oder aber, die sich auch als ein emphysematisches Irrsein erweisen, das sich als eine mehr oder weniger qualvolle Melancholia agitata mit grossen Beängstigungen und zahlreichen Vorstellungen von schweren Verschuldungen zu erkennen giebt. Endlich, das will sagen, um zum Ende zu kommen, giebt es in gleicher Weise auch vom Herzen ausgehende Psychosen, die ich, mich mit dem Ausdrucke an das Englische anlehnend, als cardiacale bezeichnen möchte. Sie beruhen wohl am häufigsten auf myokardischen, namentlich auf subakuten, beziehentlich subchronischen myokarditischen Vorgängen und zeichnen sich durch eine auffallende Wehleidigkeit, bei einem gleichzeitig übergrossen Schwäche- und Hinfälligkeitsgefühle aus, die ihnen eigen sind. Sie stellen die reinste Melancholie dar, die mir bekannt geworden ist.

Schon seit geraumer Zeit unterscheidet man neben anderen, z. Th. wiederholt schon beregten Psychosen auch noch die hypochondrischen, die hysterischen, epileptischen und neuerdings dazu ebenso die neurasthenischen. Ihre besondere Farbe, ihr Timbre, welche aus der entsprechenden Körperkonstitution der in Frage gekommenen Individuen hervorgeht, bedingt die fragliche Unterscheidung, sonst weiter nichts. Ihnen allen kommt im Gegentheil etwas gemeinsames, nämlich etwas ausgesprochen Paranoetisches zu, und ihr Ausgang ist deshalb zumeist auch der in eine Paranoia, die dann in der Regel die Charaktere einer Paranoia secundaria an sich trägt. Wir haben aber erfahren, dass solche Paranoien, die dann indessen einen ganz anderen Charakter besitzen, auch als ganz primäre, ja selbst als originäre sich entwickeln können. Geschieht nun dieses Letztere und wird ein zu ihr veranlagtes Individuum, das immerhin doch schon ein paranoetisches ist, von einer Vesania typica ergriffen, so wird selbige wohl auch als Paranoia acuta bezeichnet. Dass eine solche aber wohl immer über lang oder

kurz in eine chronische, beziehungsweise habituelle übergeht, die dann ebenfalls oft und leicht den Charakter einer sekundären annimmt, liegt auf der Hand, daher denn auch die Richtigkeit der auf durchaus guten Beobachtungen beruhenden Lehre, die Paranoia acuta sei unheilbar! Nichtsdestoweniger ist sie doch nichts Eigenartiges, sondern lediglich eine Vesania typica, wie alle anderen Psychosen, aber eben auf paranoetischer Grundlage.

Allein die angeführten Beispiele werden genügen, um zur Erläuterung zu dienen, wie ich vom Standpunkte des bewussten Monismus aus mir die weiter oben beregte Benennung der Psychosen denke, insofern sie den Irrenarzt in Sonderheit angehen. Der Psychologe an sich, der den zu Anfang dieses Artikels gekennzeichneten Standpunkt des grob-sinnlichen Dualismus einhält, wird damit nicht einverstanden sein, und ebenso wenig werden diejenigen Irrenärzte mir irgendwie beipflichten, welche den Standpunkt dieses theilen. Doch mag das immer sein! Ich halte dafür, die Psychiatrie als Irrenheilkunde und Irrenbeurtheilungskunde ist, wie ich das bereits wiederholt betont habe, eine Kunst, und mit allerhand blossen Betrachtungen, scharfsinnigen Auseinandersetzungen, systematischen Anordnungen, die auf dem Papiere bleiben, ist in einer solchen nichts gethan und überhaupt auch nichts zu thun. Wenn letztere aber gar, wird der Versuch gemacht, sie in die Wirklichkeit, die Praxis einzuführen, Verwirrung hervorrufen, so ist das nur ein Beweis dafür, dass die Kunst sich auf Irrwege verloren hat und in Gefahr ist, eine Afterkunst zu werden oder ganz in Verfall zu gerathen. Die angeführten und mehrfach hervorgehobenen Bemerkungen Hitzig's sowie die viel beklagten und viel geschmähten gerichtlichen Gutachten von Irrenärzten der letzten Jahre legen dafür leider ein nicht zu beanstandendes Zeugniss ab. Lassen wir für die Psychiatrie als ärztliche Kunst, also die blos nach rein psychologischen Auffassungen und Werthungen gewählten Benennungen ihrer bezüglichen Erscheinungen; wählen wir für die letzteren lieber Namen, welche mehr den Bedürfnissen des gemeinen Lebens, d. i. des Arztes und vorzugsweise des Irrenarztes entsprechen. Werthen wir darum die bisher angenom-

Beobachtungen fänden allgemeine Bestätigung, so würde es sich doch nicht um geringere Sinnesschärfe, sondern um geringere geistige Reaction auf starke Reize handeln. Auch der Umstand, dass zu feinen Unterscheidungen, z. B. beim Theeprüfen, Wollesortiren, Männer tauglicher sind, ist wohl so zu verstehen, dass sie kleine Unterschiede der Empfindung besser beurtheilen können. Andererseits ist die Freude der Weiber an Farben nicht als besserer Farbensinn aufzufassen, sondern durch geistige Beziehungen zu erklären. Anders ist es mit der motorischen Seite, denn an Kraft und Geschicklichkeit steht das Weib tief unter dem Manne. Wegen ihrer Schwäche ist sie vorwiegend auf Arbeiten angewiesen, die eine gewisse Geschicklichkeit erfordern, und dadurch entsteht der Glaube an die geschickten weiblichen Finger. Jedoch sobald ein Mann sich einer Weiberarbeit annimmt, als Schneider, als Weber, als Koch u. s. w., leistet er bessere Arbeit als das Weib. Im Grunde ist ja die Geschicklichkeit eine Leistung der Gehirnrinde wie die Beurtheilung der Sinnesempfindungen und wir werden wieder darauf hingewiesen, die Verschiedenheit der Geschlechter in den eigentlichen geistigen Fähigkeiten zu suchen. Einer der wesentlichsten Unterschiede ist wohl der, dass der Instinkt beim Weibe eine grössere Rolle spielt als beim Manne. Man kann in der Idee eine Reihe bilden, am einen Ende stehen Wesen, die ausschliesslich instinktiv handeln, am anderen solche, bei denen jede Handlung auf Reflexion beruht. Im allgemeinen ist der geistigen Entwickelung eigenthümlich, dass der Instinkt immer weniger, die Ueberlegung immer mehr zu bedeuten hat, dass das Gattungswesen mehr und mehr Individuum wird. Wir sprechen dann von Instinct, wenn eine zweckmässige Handlung ausgeführt wird, ohne dass der Handelnde weiss, warum; sobald gewisse Umstände wiederkehren, arbeitet in uns ein Apparat und wir vollziehen eine Handlung, als ob eine fremde Vernunft uns dazu antriebe. Wir sprechen aber auch von instinktiver Erkenntniss, wenn wir zu Urtheilen gelangen, ohne zu wissen, wie. Im Grunde ist keine Handlung und

Die Aufgaben des Arztes

bei der

Einweisung Geisteskranker

in die Irrenanstalt.

Von

Prof. Dr. A. Hoche

zu Strassburg i. Els.

Halle a. S.

Verlag von Carl Marhold.

1900.

Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt.

Von
Prof. Dr. Hoche in Strassburg i. Els.

Es ist bekannt, dass es von den praktischen Aerzten vielfach als schwierig und lästig empfunden wird, wenn sie vor die Aufgabe der Behandlung Geisteskranker, im Besonderen vor die Frage der Verbringung derselben in eine Irrenanstalt gestellt werden.

Mancherlei Gründe wirken dabei mit.

Zum Teil trägt die Schuld das persönlich weniger vertraute Verhältniss, welches häufig zwischen dem Arzt und der psychiatrischen Fachwissenschaft besteht, zum Theil die Scheu vor den mit der Anstaltsaufnahme verbundenen, gesetzlich vorgeschriebenen Förmlichkeiten und der sich dabei für den Aussteller des Aufnahmezeugnisses ergebenden Verantwortung; zum guten Teil endlich wirkt mit, dass der Arzt sowohl bei den Angehörigen wie bei den Verwaltungsbehörden in der Regel wenig Verständniss findet für den Gesichtspunkt, dass die Anstalt in erster Linie der Heilung eines Kranken und nicht nur der Unterbringung eines unbequemen oder störenden Mitgliedes der menschlichen Gesellschaft dienen soll.

Der Ausdruck „reif für die Irrenanstalt", den man zur Bezeichnung eines bestimmten Grades geistiger Erkrankung in Laienkreisen oft gebrauchen hören kann, ist ganz kennzeichnend für die schiefe Auffassung, die auch bei sogenannten Gebildeten in dieser Beziehung herrscht, und der Arzt, der, bevor dieser den Laien handgreifliche

Zustand der „Reife“ bei einem Kranken eingetreten ist, auf die Verbringung in eine Anstalt dringen würde, hat nicht selten zu gewärtigen, dass die Angehörigen für die Zukunft auf seinen Rat verzichten.

Dass die an Ort und Stelle maassgebenden Behörden, Bürgermeisteramt, Polizei- oder Bezirksamt, gebunden durch die bestehenden Bestimmungen, für die Verbringung armer Geisteskranker in die Irrenanstalt gewöhnlich nur einen zureichenden Grund kennen, Gemeingefährlichkeit oder Störung der öffentlichen Ordnung, und den Zweck oder die Möglichkeit einer Heilung gar nicht in den Kreis ihrer Erwägungen ziehen, darf nicht Wunder nehmen, so lange die „Gesetzgeber“, die parlamentarischen Volksvertreter und die Regierungen in der Irrenfrage wohl darüber zu diskutieren wissen, wie das Publikum vor den Irrenanstalten geschützt werden könne, aber niemals darüber, was zu geschehen habe, um eine möglichst grosse Anzahl von Geisteskranken durch Erleichterung der Aufnahmebestimmungen in den Anstalten der Heilung zuzuführen. Es wäre vergeblich, zu hoffen, dass in dieser Beziehung das Wort der Irrenärzte allein eine Wandlung zum Besseren herbeiführen könnte; Aufgabe der Aerzte, insbesondere der Hausärzte wäre es, in dem grossen Gebiet der landläufigen Vorurteile über das Wesen der Geistesstörungen aufklärend zu wirken.

Notwendig wäre dazu allerdings, dass sie sich selbst mit Sachkunde und klaren psychiatrischen Anschauungen ausrüsten; ein Arzt, der sich bei Fällen von Geistesstörung in seinem Urteil unsicher, und schwankend in seinen Anordnungen zeigt, ist nicht geeignet, der grossen Summe schiefer Ansichten und eingewurzelter Vorurteile, die er gewöhnlich bei den Angehörigen voraussetzen darf, das Gegengewicht zu halten.

Die Erfahrung lehrt nun, dass selbst diejenigen praktischen Aerzte, die über gutes psychiatrisches Wissen verfügen und richtige Diagnosen zu stellen vermögen, oft eine merkwürdige Ratlosigkeit und Hülflosigkeit bekunden, wenn

plötzlich die Notwendigkeit an sie herantritt, einen Kranken einer Anstalt zuzuweisen oder zuzuführen; wenn es anders wäre, würden die Irrenärzte nicht über eine so grosse Beobachtungssumme von seltsamen, unpraktischen oder falschen Maassnahmen bei Vorbehandlung, Transport und Aufnahme von Geisteskranken zu berichten wissen.

Es ist richtig, dass die Lehrbücher sich in der Regel darauf beschränken, die Anzeigen zur Aufnahme in eine Anstalt nach den verschiedenen Krankheitsformen und dem Grad und der Aeusserungsweise des Irreseins zu besprechen, dass aber die notwendigen praktischen Anordnungen vor und bei der Einweisung nicht genauer erörtert werden. Diese Lücke — als eine solche wird sie vielfach empfunden — etwas auszufüllen, will ich in den folgenden Blättern versuchen; es sollen die Aufgaben des Arztes bei der Indikationsstellung, bei der Behandlung der Geisteskranken bis zur Verbringung in die Irrenanstalt, beim Transporte selbst und vor Allem bei der Abfassung der für die Anstaltsärzte bestimmten Krankengeschichte (Fragebogen, Aufnahmezeugniss) kurz durchgenommen werden. —

Die Indikation zur Einweisung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt hängt in gewissem Umfange ab von den äusseren, persönlichen und socialen Verhältnissen des einzelnen Falles.

Bei ganz besonders günstiger finanzieller Lage, wenn die Beschaffung von Pflegepersonal und die Herrichtung geeigneter Räume beliebig angeordnet werden kann, ist es manchmal möglich, die Behandlung von Fällen, die sonst unbedingt der Irrenanstalt bedürften, zu Hause durchzuführen; von diesen Fällen, die eine seltene Ausnahme bilden, soll hier nicht die Rede sein, sondern von den durchschnittlichen Verhältnissen der allgemeinen Praxis. Auch hier ist nun mit der feststehenden Diagnose einer Geistesstörung keineswegs immer auch die Notwendigkeit, auf Anstaltsverbringung zu dringen, gegeben; eine ganze Reihe von Fällen aus dem Grenzgebiete der Neurosen, z. B. leichte Hysteromelancholie, langsam verlaufende chronische Geistesstörungen ohne stärkeren Affekt, Fälle von progressiver Paralyse ohne Stimmungsanomalien mit stiller, langsam zunehmender Demenz, mildere Formen der periodischen Geistesstörungen, einfache Verblödungsprocesse auf organischer Grundlage z. B. bei Gefässveränderungen u. dergl. können oft ebensogut zu Hause behandelt werden.

Die Indikation ist bei diesen und vielen anderen Fällen eine relative, d. h. man soll jeden Fall von geistiger Erkrankung der Anstalt zuweisen, dessen Heilungsaussichten dort besser erscheinen, als unter häuslichen Verhältnissen; für die Umgrenzung und Auswahl der Fälle ist hier bestimmend das Wissen und der ärztliche Takt des Beraters der Familie.

Für denjenigen Arzt, der die Laienmeinung teilt, dass mit der Feststellung einer geistigen Erkrankung gewissermaassen das bürgerliche Todesurteil über das Individuum

ausgesprochen sei, giebt es eine relative Indikation nicht; wer dagegen weiss, ein wie hoher Procentsatz von frisch Erkrankten in der Irrenanstalt, unter der Voraussetzung rechtzeitiger Aufnahme, zur Heilung gelangt, findet gerade hier ein dankbares Gebiet; der Unterschied zwischen den Heilungsaussichten bei häuslicher und denen bei Anstalts-Behandlung ist zweifellos für die Geisteskranken ein viel grösserer, als für die an Lungenschwindsucht Erkrankten, für die jetzt mit privaten und öffentlichen Mitteln die Anstaltsbehandlung in grossem Maassstabe erstrebt wird.

Der Arzt muss sich bei seinen Erwägungen dessen bewusst bleiben, dass die Irrenanstalt eine Summe von Faktoren darstellt, die dem Geisteskranken in der Regel zu Hause nicht geschafft werden können: Ruhe, Fortfallen der Kritik, des Nörgelns und Moralisierens Seitens unverständiger Angehöriger, dauernde Bettbehandlung, Bäder, ständige Ueberwachung, ärztliche Aufsicht bei notwendig werdender Anwendung hochdosierter Narkotica u. s. w., ganz abgesehen von der besonderen, sachkundigen, seelischen Beeinflussung durch den Irrenarzt; er muss auch dessen eingedenk sein, dass der günstige Einfluss dieser Vorteile der Irrenanstalt bei Fällen, die monatelang mit „Zerstreuungen“, „Erholungsreisen“, Kaltwasserkuren und vegetarischen Kurversuchen hingeschleppt worden sind, die ungünstig gewordene Prognose nicht mehr zu ändern vermag, dass, mit einem Wort, die Irrenanstalt nicht „ultima ratio“ sein darf. Es wird heutzutage dem Arzte mit Recht verübelt, wenn er einen Fall, in dem operative Beseitigung einer Neubildung in einem Krankenhause notwendig und möglich gewesen wäre, durch Nichteinweisen verschleppt und unheilbar werden lässt; davon, dass die gleichen Erwägungen bei geistiger Erkrankung Platz griffen, sind wir leider noch weit entfernt. — Soviel steht fest, dass im Durchschnitt der Arzt für das Wohl seiner Kranken im Falle geistiger Störungen um so besser sorgt, je weiter er die relative Indikation zur Einweisung in eine Anstalt fasst.

Wenn wir so bei der relativen Indikation eine grosse individuelle Schwankungsbreite finden, die auch von dem Charakter des Kranken, von seiner grösseren oder geringeren Fügsamkeit und Umgänglichkeit, nicht unbeeinflusst bleibt, haben wir einen ganz bestimmt vorgeschriebenen Weg bei den Indikationen, die als absolute zu bezeichnen sind. Hierher gehören von den bei Geisteskranken auftretenden Symptomengruppen drei: Gemeingefährlichkeit, Selbstmordneigung und Nahrungsverweigerung.

Die erstgenannte ist unter den praktischen Verhältnissen diejenige, die noch am leichtesten die Angehörigen und die Behörde von der Notwendigkeit einer Anstaltsverpflegung überzeugt, allerdings, nach dem Recept von Kind und Brunnen, meist erst, nachdem der Kranke thatsächliche Beweise seiner Gefährlichkeit gegeben hat. Auf die theoretischen Anschauungen von Leuten, die immer nach weiteren Schutzmassregeln für die Kranken gegen die Uebergriffe der Irrenärzte schreien, hat es gewöhnlich einen merkwürdig bekehrenden Einfluss, wenn sie, etwa in ihrer eigenen Familie, vor der Aufgabe stehen, einen acut erregten, gewaltthätigen Geisteskranken tagelang zu Hause zu verpflegen, dessen schleunige Aufnahme in eine Anstalt eben durch die als Schutzmassregeln gedachten Förmlichkeiten verhindert wird.

Der Arzt hat unter allen Umständen die Aufgabe, auch die nicht handgreifliche, der Krankheitsform nach aber wahrscheinliche Gemeingefährlichkeit eines Kranken ins Auge zu fassen, und sollte nicht zu zaghaft sein in der schriftlichen Bezeugung des Vorhandenseinss derselben, namentlich solange noch vielfach an dem Zeugnis über die Gemeingefährlichkeit die technische, financielle Möglichkeit hängt, auch arme Geisteskranke der Wohlthat der Anstaltsbehandlung teilhaftig werden zu lassen.

„Gemeingefährlich“ ist nicht nur der sogenannte „Tobsüchtige“; gemeingefährlich ist jeder Geisteskranke mit plötzlich auftretenden Sinnestäuschungen, jeder Delirant, jeder an epileptischer Geistesstörung in

irgend einer Form Leidende, jede ängstlich erregte Melancholie, alle Kranken mit Beeinträchtigungsideen, solange ein lebhafter Affekt vorhanden ist, viele Fälle von progressiver Paralyse, bei denen die Gefahr für die Umgebung eventuell darin liegt, dass der Kranke Vermögen, Ruf und Stellung der Familie zu Grunde richtet. Es ist ein grundsätzlicher Irrtum, die Selbstmordneigung nicht auch als ein die „Gemeingefährlichkeit" im Sinne der geltenden Bestimmungen begründendes Symptom gelten lassen zu wollen; es ist bei Kranken, die ihr eigenes Leben aus krankhaften Beweggründen wegwerfen wollen, niemals zu berechnen, ob sie damit nicht auch Angriffe gegen fremdes Leben verbinden werden, sei es z. B. in Form des Hausanzündens oder geradezu in Mordversuchen; die in den Zeitungen mit grosser Häufigkeit wiederkehrenden Meldungen von der Mutter, die in Geistesstörung mit ihren Kindern ins Wasser geht, könnten eigentlich allmählich als genügender Beweis für die Gefährlichkeit der Melancholischen für Dritte anerkannt werden.

Eine Sicherung der Umgebung gegen gefährliches Thun Geisteskranker ist zu Hause auch manchmal durchführbar, aber doch nur unter Anwendung von Zwangsmitteln, die dem Charakter der Krankheit nicht angemessen sind, so dass „Gemeingefährlichkeit" unter allen Umständen als absolute Indikation zu gelten hat.

Als zweite absolute Indikation nannte ich vorhin das Vorhandensein von Selbstmordneigung.

Die Erfahrung lehrt, dass eine wirksame Sicherung des Kranken vor seinen Absichten gegen sich selbst zu Hause niemals durchführbar ist.

Der Gründe dafür sind verschiedene.

Zunächst verstehen es Kranke dieser Art fast immer, die Umgebung über ihre Absichten zu täuschen; wer an das Bestehen von Selbstmordgedanken nur dann glauben will, wenn der Kranke sie öfters ausspricht, wird traurige Erfahrungen machen; es kann dem Arzte, z. B. bei be-

stimmten Fällen von Melancholie, ausserordentlich schwer werden, die Angehörigen davon zu überzeugen, dass der lächelnde und Conversation machende Kranke innerlich mit den ernstesten Selbstmordabsichten umgeht und nur auf einen unbewachten kurzen Moment zur Ausführung wartet. Mir selbst wird in dieser Beziehung ein Erlebniss unvergesslich bleiben; während ich mich vergeblich bemühte, dem ungläubigen und widerstrebenden Ehemann einer melancholischen Kranken die Notwendigkeit der Verbringung in die Klinik klarzumachen, erhob sich plötzlich im Nebenzimmer, wo sich die Kranke mit einer Pflegerin befand, ein fürchterliches Geschrei, und als wir hinzueilten, fanden wir die Patientin heftig blutend aus einer grossen klaffenden Wunde quer durch den Arm, die sie sich mit einem Küchenmesser beigebracht hatte. Hat erst einmal ein solcher Versuch stattgefunden, so wird allerdings auch der in der Regel Alles dieses besser wissenden Familie, ebenso wie nach handgreiflichen Beweisen der Gemeingefährlichkeit, der Ernst der Lage klar.

Es wird, nach allgemeinen Erfahrungen, von den Angehörigen auch regelmässig die Schwierigkeit einer ständigen Ueberwachung solcher Kranken unterschätzt; es ist unter den durchschnittlichen häuslichen Verhältnissen fast immer, rein technisch genommen, unmöglich, Tag und Nacht, im Bette und auf dem Closet, beim Entkleiden u. s. w. eine wirklich ununterbrochene Bewachung fortzusetzen, die allein schon zwei abwechselnd damit beschäftigte Personen notwendig machen würde. Es ist auch menschlich verständlich, dass die pflegenden Angehörigen, Einsicht und besten Willen vorausgesetzt, doch allmählich in der Energie der Aufsichtsführung erlahmen; bedarf es doch selbst in den Irrenanstalten mit geschultem Personal dauernd neuer Erinnerungen und ärztlicher Controlle, um in diesem Punkte die Wachsamkeit scharf zu erhalten.

Der Arzt thut in seinem eigenen Interesse gut, in allen Fällen, in denen er Selbstmordneigung annimmt — und dazu gehören alle mit gedrückter Gemütslage einher-

gehenden Geistesstörungen, insbesondere die Melancholie — jede Verantwortung abzulehnen, sobald sein Rat, den Kranken in einer Irrenanstalt unterzubringen, nicht befolgt wird. –

Als dritte absolute Indikation nenne ich die Nahrungsverweigerung, das mit Recht gefürchtete Symptom, welches entweder als Teilerscheinung allgemeinen Widerstrebens gegen jeden Pflegeversuch auftritt, oder aus Wahnideen und Sinnestäuschungen erwächst, in jedem Falle aber mit dem Sinken der Körperkräfte eine Verschlechteruug des Allgemeinbefindens und damit der seelischen Verfassung herbeiführt.

Die Magenernährung ist bei Geisteskranken bisher noch weniger als bei Geistesgesunden durch irgend etwas Anderes zu ersetzen.

Nährklystiere werden von denjenigen Kranken, die aus irgend welchen Gründen die Nahrung nicht wollen, in der Regel mit grosser Energie wieder herausgepresst; Kochsalzeingiessungen unter die Haut oder in die Venen können wohl den Verfall etwas aufhalten und vorübergehende Besserungen herbeiführen, aber auch nicht mehr, und die Fetternährung durch Einspritzung von Oel in das Unterhautgewebe ist bis jetzt noch nicht über die Krankenhauswände hinausgedrungen.

Es bleibt in Fällen lange dauernder Nahrungsverweigerung, namentlich wenn auch kein Wasser genommen wird und es sich um von vornherein schwächliche Personen handelt, nichts übrig, als Zwangsfütterung mit dem Magenschlauch, sobald der Verfall der Kräfte einen bedrohlichen Grad erreicht hat. Unter den häuslichen Verhältnissen der Privatpraxis ist nun eine solche Zwangsfütterung widerstrebender Geisteskranker nicht wohl ausführbar; man bedarf dabei, wenn die Gefahr des Aktes selbst in Bezug auf Lungenentzündung, Phlegmonen u. dgl. den Nutzen nicht überwiegen soll, sachkundiger Unterstützung für Halten des Kopfes und eventuell der Mundsperre; es sind, um den

Widerstand kräftiger und in vielen Fällen, trotz der vorausgehenden Hungerperiode, aufs Aeusserste widerstrebender Kranker zu überwinden, mehrere Gehilfen erforderlich, und der Vorgang kann für die Angehörigen ein so peinliches Schauspiel sein, dass die Zwangsfütterung, wenn unternommen, doch jedenfalls nicht wiederholt wird.

Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken sollte also für den Arzt unbedingt Anlass werden, die Verbringung in eine Anstalt, und zwar möglichst rasch, zu verlangen.

Ist der Arzt nun mit sich selbst im Reinen und hat er die grundsätzliche Einwilligung der Familie zur Verbringung des Kranken in eine Anstalt errungen, so tritt an ihn die weitere Frage der Wahl der Anstalt heran.

Für arme Geisteskranke regelt sich gewöhnlich die Zugehörigkeit zur Anstalt nach bestimmten geographischen Abgrenzungsverhältnissen von selbst; der Arzt hat hier die Pflicht, dem häufig hervortretenden Bestreben der Ortsbehörden, den Kranken der billigsten Verpflegungsgelegenheit zuzuweisen, entgegenzutreten; für frisch Erkrankte, Heilbare, sind die Siechenhäuser und die reinen Pflegeanstalten nicht der geeignete Ort; auch die, unter Begünstigung von Seiten der Behörden, bei städtischen Krankenhäusern an vielen Stellen noch geführten Abteilungen, in denen ohne sachkundige, psychiatrisch geschulte Leitung, in ungeeigneten Räumen, vielfach unter Anwendung unerlaubter Zwangsmittel, Geisteskranke verpflegt werden, dürfen von gewissenhaften Aerzten nicht empfohlen werden.

Nur dann ist der nächste Unterbringungsort der vorläufig beste, wenn der Transport eines stark erregten Kranken im Wagen zunächst als das leichteste Mittel erscheint.

Im Uebrigen können, namentlich bei Leuten in guter Vermögenslage, die Fragen des persönlichen Vertrauens der Familie oder des Arztes zu dieser oder jener Anstalt den Ausschlag geben; die blosse Rücksicht auf die Vorurteile der Laien darf nicht bestimmend sein, um Kranke, die der

Behandlung in einer geschlossenen Anstalt, in einer Irrenanstalt, bedürftig sind, um des Namens willen in eine offene „Nervenheilanstalt" zu schicken; es ist das gewöhnlich für den weiteren Verlauf nur eine Erschwerung, weil die Leitung dieser für Nervenkranke bestimmten Anstalten sich meist genötigt sieht, erregte Geisteskranke oder solche mit Selbstmordneigung fortzuschicken, und dann den Angehörigen doch noch der Transport in eine Irrenanstalt zufällt. —

Was soll nun mit den Kranken in der Zwischenzeit, bis zur Verbringung in eine Irrenanstalt, geschehen? Bei der grossen Mannigfaltigkeit der hierbei in Betracht kommenden Verhältnisse lassen sich hierfür nur ganz allgemeine Hinweise geben.

In jedem Falle frischer geistiger Erkrankung ist auch zu Hause der Versuch zu machen, die Behandlumg des Kranken im Bette durchzuführen. Es wird dadurch die Aufsichtsführung erleichtert, Kräfteersparniss nach Möglichkeit gefördert und in vielen Fällen, bei grösserer Erregung, eine Beruhigung herbeigeführt; es gelingt oft viel leichter, als Arzt und Angehörige glauben, den Kranken, auch ohne Anwendung von Zwangsmitteln, im Bette zu halten. Wo die äusseren Umstände es ermöglichen, sind bei Aufregungszuständen 26—27° R warme, stundenlang fortgesetzte Bäder zu versuchen, die der Anwendung von Narkoticis vorzuziehen sind; diese wiederum stellen, wenn sie notwendig werden, das im Vergleiche zum mechanischen Zwange kleinere Uebel dar, unter der Voraussetzung, dass der Arzt in der Lage ist, die Wirkung öfters zu controllieren. Die Anwendung von Zwangsmitteln in Form von Zwangsjacken, Stricken u. dgl. ist nicht erlaubt.

Die Aufsicht bei Bestehen von Selbstmordneigung ist vom Arzte in alle Einzelheiten den Angehörigen genau vorzuschreiben; zur Entfernung gefährlicher Gegenstände aus den Taschen des Kranken giebt die Entkleidung beim Bade gute Gelegenheit.

Die ängstlichen Verstimmungen der Melancholiker werden zweckmässiger Weise mit Opium und abendlichen Alkoholdosen bekämpft; es wäre falsch, aus principiellen Temperenz-Anschauungen auf das letztgenannte Arzneimittel verzichten zu wollen.

Bei der Verbringung des Kranken in die Anstalt ist die Begleitung durch Angehörige jeder anderen vorzuziehen; uniformierte Begleiter, wie z. B. der in ländlichen Verhältnissen häufig mitgegebene Gemeindediener, sollten unter allen Umständen, wegen der äusserlichen Ähnlichkeit mit dem Gefangenentransport, vermieden werden; männliche fremde Begleitung weiblicher Kranker ist verwerflich; die Anwendung der Zwangsjacke ist fast immer entbehrlich, darf keinesfalls nur deshalb angeordnet werden, um einen weiteren Begleiter zu ersparen, und soll nur auf ärztliche Erlaubnis hin stattfinden. Bei Kranken, die der Aufnahme sehr energisch widerstreben, ist eine Mehrzahl von Begleitern, die dem Kranken jeden Widerstand von vorneherein als unausführbar erscheinen lässt, der Anwendung mechanischer Zwangsmittel vorzuziehen.

Die Vorspiegelung irgend welcher falscher Thatsachen, um den Kranken zur Reise in die Anstalt zu bewegen, wie z. B. angeblicher Kauf, Besuch, Consultation u. dgl., nimmt dem Kranken das Vertrauen zu der Anstalt, in die er durch diese List gebracht wird, erschwert dem Irrenarzte seine Thätigkeit dem Kranken gegenüber, und ist in der Regel auch überflüssig, da sich viel Kranke der bestimmten, nackten Erklärung von der Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung ruhiger fügen, als die Angehörigen für möglich hielten; manche Geisteskranke reisen auch mit dem Arzte allein williger in die Anstalt, als mit ihren Angehörigen.

Für den Transport, wenn er unter ärztlicher Aufsicht stattfindet, kann reichlichere Anwendung von Narkoticis erlaubt sein.

In allen diesen halb technischen Fragen soll der Arzt sich das bestimmende Wort vorbehalten; er allein ist durch

seine Vorbildnng befähigt, die Anforderungen der besonderen socialen Lage des einzelnen Falles und die rein ärztlichen Notwendigkeiten mit den Forderungen der Menschlichkeit in Übereinstimmung zu bringen. —

Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung von Geisteskranken in eine Anstalt sind nun mit dem bisher Genannten nicht erschöpft; die verantwortungsvollste Pflicht legt ihm die Abfassung des Aufnahmezeugnisses auf.

Wie verschieden auch zur Zeit noch in den einzelnen deutschen Bundesstaaten die gesetzlichen Bestimmungen sein mögen, welche die rechtlichen Verhältnisse bei der Aufnahme in Irrenanstalten oder Irrenkliniken regeln, so ist doch immer und überall die Grundlage des gesammten, stellenweise noch äusserst schwerfälligen und unpraktischen Verfahrens, das ärztliche Gutachten über das Vorliegen einer Geistesstörung überhaupt, und zwar einer solchen, die, mit Rücksicht auf die oben auseinandergesetzten Gesichtspunkte, eine Verpflegung in einer geschlossenen Anstalt notwendig macht.

Es ist bei der von Laien und Behörden neuerdings so ängstlich erörterten Frage der widerrechtlichen Einsperrung Geistesgesunder klar, dass durch keinerlei Erschwerung der Aufnahmen, durch Hinziehen des Antrages und der sonstigen Papiere über so und so viel Behörden irgendwie eine vermehrte Sicherheit gegen Missgriffe gegeben ist, wenn das zu Grunde gelegte ärztliche Gutachten falsch ist. Die Erfahrung lehrt nun, dass die Fälle, in denen irrtümlicherweise oder aus Fahrlässigkeit das Bestehen von Geisteskrankheit bei Geistesgesunden von praktischen Ärzten bescheinigt wird, verschwindend selten sind, und sie werden immer seltener werden, je besser die psychiatrische Ausbildung des Einzelnen gestaltet wird.

Worin aber die Mitwirkung des Arztes heute noch durchschnittlich keineswegs das wünschenswerte Mass er-

reicht, das ist die Art der Abfassung des Aufnahmezeugnisses. Für den Irrenarzt aber sind zu Beurteilung der Kranken, die ihm, oft aus weiter Ferne, zugeführt werden, die Angaben des bisher behandelnden Arztes durch nichts Anderes ersetzbar.

Die Angaben der Kranken selbst sind nur selten verwertbar; selbst wenn wir absehen von den Fällen, bei denen von vorneherein infolge von Trübungen des Bewusstseins oder Erregungszuständen, von Anomalien der Stimmung oder Mängeln der Intelligenz das Erheben anamnestischer Angaben unmöglich ist, so ist auch bei den übrigbleibenden nur selten das Urteil des Kranken über seine eigene Vorgeschichte, die Entwicklung seiner Krankheit, die er doch nur ausnahmsweise als solche anerkennt, ein brauchbares Beurteilungsmaterial.

Auch die Angaben der Familienangehörigen, und wenn es die nächststehenden sind, geben nicht immer genügende Anhaltspunkte für die Ärzte der Anstalt; Gleichgiltigkeit, Vergesslichkeit, Mangel an Beobachtungsgabe, oft auch der Wunsch, „nichts auf die Familie kommen zu lassen“, vorhandene häusliche Missstände zu verheimlichen — alles das macht die Anamnese Geisteskranker zu einer weit schwierigeren Aufgabe, als bei körperlichen Krankheiten; man kann es oft genug erleben, dass Thatsachen, von denen man zufällig auf anderen Wegen Kenntnis hat, wie etwa Selbstmorde bei Eltern oder Geschwistern, oder Geisteskrankheit bei den nächsten Anverwandten, sogar noch auf direkt darauf gerichtete Fragen hin abgeleugnet werden.

In allen diesen Punkten, ebenso wie etwa betreffs des Bestehens von Syphilis, des Vorhandenseins von Trunksucht und dgl. Dingen, die vielfach als ehrenrührig gelten, giebt nur das ärztliche Zeugnis verwertbaren Aufschluss, namentlich dann, wenn der Arzt, Hausarzt im alten Sinne, die einzelnen Familienmitglieder ihrer Entwicklung und ihrem Wesen nach von Kindheit auf kennt.

Immer ist ja dem Arzte, der vielleicht nicht alle inneren Angelegenheiten seiner Kranken so und so vielen subalternen Schreibern zur Kenntnis bringen will, die Möglichkeit gegeben, ausser seinem für den Instanzenweg bestimmten Zeugnis eine direkte Mitteilung an die Leitung der betreffenden Anstalt gelangen zu lassen. — Die erfahrungsgemäss vorhandene Unsicherheit und Schwerfälligkeit der Aerzte in der Auswahl des Mitzuteilenden hat für die meisten Gegenden Deutschlands dazu geführt, besondere „Fragebogen" herzustellen, die entweder von den Anstalten selbst oder von den Bürgermeistern, Bezirksämtern, Landräten u. s. w. abgegeben werden, und dazu bestimmt sind, dem Arzte die Ausstellung des erforderlichen Zeugnisses zu erleichtern. Derjenige, der im Stande ist, bei Fällen geistiger Erkrankung einen erschöpfenden, zusammenhängenden Bericht zu liefern, wird sich von jedem vorgedruckten Schema beengt und belästigt fühlen; und jedes freie Gutachten, wenn es vollständig ist, wird auch von dem Irrenarzte höher geschätzt werden, als das ausgefüllte Formular. Bei dem heutigen durchschnittlichen Stande der psychiatrischen Ausbildung ist indess die Benutzung von Fragebögen noch nicht zu umgehen, die den Arzt auf alle die Punkte aufmerksam zu machen bestimmt sind, deren Beantwortung für die Beurteilung eines Falles dem Irrenarzte oder auch der einweisenden Behörde von Werte ist. Es ist natürlich, dass viele der Fragebögen, von denen die mannigfachsten Formen im Gebrauche sind, im einzelnen Falle manchmal sehr viel Ueberflüssiges zu fragen scheinen; sie sind eben darauf berechnet, für alle möglichen Formen geistiger Erkrankung das anamnestische Material zu liefern und passen, wie jedes Universalinstrument, dann häufig scheinbar nicht im einzelnen Falle. Das darf indessen keinen Anlass dazu geben, dass nun, aus Unmut über die lange „Fragerei", in notdürftigster Weise das Formular mit Ja und Nein ausgefüllt wird; man kann ausgefüllte Fragebögen sehen, aus denen absolut Nichts für den vorliegenden Fall Charakteristisches zu entnehmen ist.

Wenn ich versuche, nachstehend die Gesichtspunkte zu erörtern, die für den praktischen Arzt bei der Ausfüllung des Fragebogens bestimmend sein sollen, so will ich mich nicht an ein bestimmtes, hier oder dort gebräuchliches Einzelformular halten; zu Grunde legen will ich diejenige Einteilung, die als die natürlichste und einfachste erscheint. —

Jede Krankengeschichte, gleichviel um welche Form cerebraler Erkrankung, ob es sich um Idiotie, Epilepsie, um andere Neurosen oder um Psychosen handelt, hat zu beginnen mit der Vorgeschichte des Kranken, die bei den Erkrankungen des Centralnervensystemes noch mehr als bei den Krankheiten der anderen Organe über die Existenz des Individuums hinaus, auf die Erzeuger und deren Verwandte sich zu erstrecken hat.

Wenn auch die Schätzung der procentualen Häufigkeit der „erblichen Belastung“ bei Neurosen und Psychosen eine zahlenmässig sehr verschiedene ist, so wird doch die Thatsache des gewaltigen Einflusses krankhafter Zustände der Ascendenz auf das Nervensystem der folgenden Generationen von Niemand mehr geleugnet.

Es ist für die Erhebung der Anamnese in diesem Punkte nicht nur nach dem Bestehen von „Geisteskrankheit“ zu forschen; die abnorme Verfassung der nervösen Centralorgane kann sich auch auf mannigfache andere Arten äussern. Es ist z. B. daran zu denken, dass sich hinter abnormer jähzorniger Reizbarkeit, hinter einer periodisch auftretenden Neigung zu Trinkexcessen, oder öfters wiederkehrenden „Seltsamkeiten“, Anfällen von Kopfweh oder Schwindel, Epilepsie verbergen kann, dass eine grosse Anzahl von Selbstmorden, für welche von den Laien äussere Verhältnisse als Beweggründe angeschuldigt werden, in melancholischen Ver-

stimmungszuständen begangen werden, dass viele sociale „Entgleisungen" Ausdruck und Folge krankhafter Veranlagung in Form der leichteren Grade des Schwachsinns darstellen, dass die Eigentümlichkeit mancher Lebensläufe nur in dem Bestehen einer periodischen oder circulären Geistesstörung ihre Erklärung findet u. a. m.

Um in dieser Beziehung klar zu sehen, muss der Arzt nach den Schicksalen der einzelnen Familienmitglieder bis hinauf zu den Grosseltern im Einzelnen sich erkundigen; die Erfahrung lehrt, dass bei kleinem, in dieser Weise gut untersuchten Materiale der Einfluss der Erblichkeit unvergleichlich viel deutlicher hervortritt, als bei zahlreichen, in der Anamnese schematisch behandelten Fällen.

Die mächtigsten Einwirkungen auf das werdende Individuum üben die beiden Erzeuger; die Aussicht, geistig zu erkranken, ist natürlich grösser, wenn von beiden Seiten die abnormen Einflüsse in Kraft treten, und am gefährlichsten ist es, wenn schon die beiden Erzeuger unter identischen erblichen, nervös abnormen Wirkungen standen, d. h. wenn sie blutsverwandt sind; nach dem Vorliegen dieser letztgenannten Beziehung ist besonders zu forschen. Der Wert der einzelnen Neurosen und Psychosen in der Frage der erblichen Beeinflussung der Nachkommen ist nun, wie wir jetzt wissen, ein sehr verschiedener; die „constitutionellen" d. h. aus der angeborenen Organisation des Betreffenden mit einer gewissen Notwendigkeit erwachsenden Störungen, wie die periodischen Psychosen, die chronische Paranoia, manche Fälle von Epilepsie und Hysterie, sind daher für die folgende Generation bedenklicher, als die im Einzelleben erworbenen Psychosen, wie z. B. Erschöpfungsdelirien bei oder nach Typhus, hallucinatorische Verworrenheit oder progressive Paralyse.

Die als Ursache von Epilepsie eine Zeitlang in der medicinischen Literatur sehr populäre Zeugung im Rausch

ist in ihrer Bedeutung wohl überschätzt worden: sehr viel wesentlicher ist jedenfalls der verderbliche Einfluss, den der chronische Alkoholismus des einen oder der beiden Erzeuger auf die Keimdrüsen und deren Produkte ausübt.

Elterliche Syphilis, namentlich wenn ihr Einfluss in vorausgehenden Aborten oder Totgeburten deutlich geworden ist, hat nicht nur für die Entstehung der selteneren Fälle von jugendlicher progressiver Paralyse ihre Bedeutung, sondern ist auch für sonstige nervöse und psychische Störungen als prädisponierendes Moment zu betrachten.

Auch einige nicht nervöse Krankheiten bei der Ascendenz, wie Arteriosklerose (erbliche Neigung zu Apoplexien), Diabetes und Tuberkulose sind bei der Anamnese Geisteskranker zu berücksichtigen. —

Der Thatsachen, dass auf eine uns unerklärliche Weise eine Generation von den unbekannten Einflüssen der nervösen Erblichkeit übersprungen werden, selbst gesund sein und doch kranke Nachkommen erzeugen kann, dass weiter auch die Erkrankungen in den Seitenlinien (Onkel, Tante, Vettern u. s. w.) das Bestehen erblicher Einflüsse deutlich machen können, muss man eingedenk bleiben. —

Die Bedingungen, unter denen dann weiterhin die intrauterine Entwickelung des Individuums stattgefunden hat, dürfen nicht ausser Acht bleiben; die Möglichkeit einer Beeinflussung des Werdenden, die früher stark überschätzt worden ist („Versehen"), ist neuerdings sicherlich zu wenig gewürdigt worden; wenn auch keinerlei nervöse Elemente zwischen mütterlichem und kindlichem Organismus eine Brücke bilden, so ist doch der gemeinsame Haushalt in Bezug auf den Stoffwechsel ein Weg, auf dem schädliche Wirkungen von der Mutter auf den Foetus übergehen können; unsere Zeit, die die merkwürdigen Beziehungen zwischen Stoffwechselprodukten, Organsäften u. dgl. einerseits, dem

Centralnervensystem andererseits (Myxoedem, Cretinismus u. s. w.) aufgedeckt hat, darf auch die Möglichkeit, dass umgekehrt psychische Einwirkungen von Seiten der Mutter die intrauterine Frucht in irgend einer Form treffen und ihre Entwickelung beeinflussen können, nicht a priori leugnen wollen. (Dass Alkoholismus der Mutter die Frucht im Uterus schädigen kann, ist selbstverständlich.) Es ist deswegen auch von diesem Gesichtspunkte aus dem Verlaufe der Schwangerschaft bei der Anamnese Geisteskranker Aufmerksamkeit zu schenken; dass die Gravidität unter unangenehmen Gemütsbewegungen verlaufen sei, ist bei unehelich Geschwängerten in der Regel anzunehmen; auch dieser Punkt ist zu beachten. —

Auf den Akt der Geburt selbst ist eine Reihe von cerebralen Störungen zurückgeführt worden. Wenn auch das Hirn des Neugeborenen den mechanischen Einwirkungen einer normalen Geburt gegenüber, wie Druck, Verschiebungen der Schädelknochen u. s. w., eine bedeutende Widerstandsfähigkeit besitzt, so ändert sich dies doch, wenn es sich um grobe Schädlichkeiten handelt, wie protrahierte Einkeilung des Kopfes bei engem Becken, Gesichtslagen, Druck der Zangenlöffel u. dgl. Der Weg, auf dem hierbei eine dauernde Schädigung der Hirnsubstanz zu Stande kommt, ist am häufigsten die Bildung intracranialer Haematome, meningealer Blutungen mit nachfolgender Zerstörung oder Nichtentwickelung von Rindenteilen; das klinisch häufigste Krankheitsbild, das diesen anatomischen Vorgängen entspricht, ist das der cerebralen spastischen Lähmung einzelner oder aller Extremitäten, Schwachsinn bis Idiotie, Chorea, epileptische Anfälle.

Bei allen Fällen, in denen diese Symptome einzeln oder insgesammt vorliegen, muss daher die Anamnese die Geburt ganz besonders berücksichtigen.

Auch die Art der Entwicklung in den ersten Lebensjahren hat häufig viel Charakteristisches in den

Fällen von jugendlichem Schwachsinn und früher Epilepsie. Zu beachten ist hierbei besonders die Neigung, bei unbedeutenden körperlichen Störungen mit Convulsionen oder, bei älteren Kindern, mit Delirien zu reagieren, dann — zur Beurteilung etwaiger rachitischer Vorgänge — der Zeitpunkt des Fontanellenschlusses, des Zahndurchbruches, der ersten Sprach- und Geh-Versuche. Mässige Grade von Hydrocephalus in den ersten Lebensjahren geben keineswegs immer für die spätere geistige Entwickelung eine üble Prognose; es giebt nicht wenige hochintelligente Menschen, deren Schädelform das frühere Bestehen eines gewissen Grades von Hydrocephalus wahrscheinlich macht. — Nach Bestehen von „Pavor nocturnus" ist zu fragen. Nach Abschluss der ersten Lebensjahre ist die Entwickelung in der Schulzeit von Wichtigkeit, nicht nur in Bezug auf die Lernfähigkeit, sondern auch auf die Art und Weise, wie das Individuum auf die ersten Berührungen mit der Welt reagiert hat.

Auch in diesem frühen Alter schon kann die Onanie eine Rolle spielen. Die Zeitperiode, in der man in der Onanie die Ursache aller möglichen psychischen Anomalien, namentlich der jugendlichen Verblödungsprozesse der Pubertätszeit sah, geht zu Ende; man weiss jetzt, dass die in hohem Grade betriebene Onanie nicht Ursache, sondern Symptom abnormer geistiger Zustände darstellt; man ist jetzt auch besser, als früher, über die ungemein ausgedehnte Verbreitung onanistischer Manipulationen bei der heranwachsenden Jugend unterrichtet, bei denen nicht das was, sondern das wie und das wieviel das für krankhafte nervöse Veranlagung eventuell Charakteristische ist. Mir war in dieser Hinsicht die Mitteilung eines alten katholischen Geistlichen sehr lehrreich, dass er in 30 Jahren Priesterthums in der Beichte keinen einzigen Jüngling gehabt hat, der nicht zeitweise betriebene Onanie zugestanden hätte.

Mit der Annäherung an die Pubertätszeit und dem Eintritt in dieselbe kommen nun für die beiden Geschlechter auseinandergehende Gesichtspunkte zur Geltung.

Bei den Knaben und Jünglingen ist dies der Zeitpunkt, in dem die minderwertigen Intelligenzen den erhöhten Anforderungen der Lehranstalten, des Handwerkes, der Industrie gegenüber zu versagen anfangen, nachdem sie früher, in den Jahren des vorwiegend gedächtnismässigen Lernens, sich über Wasser gehalten hatten; es fällt in diese Jahre auch der Beginn der schon erwähnten Verblödungsprocesse, die unter dem Namen der „Hebephrenie" zusammengefasst werden.

Beim weiblichen Geschlecht ist in der Anamnese bei psychischen Erkrankungen das Verhalten der Menses zu erwähnen. Nicht selten findet man als eines der sogenannten Degenerationszeichen abnorm spätes Eintreten der ersten Regel; andere Male sind schon die ersten Menstruationen von so lebhaften Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichts begleitet, dass hierin der erste Anfang einer späteren periodischen Geistesstörung zu erblicken sein kann.

Auch für das weitere Leben des Weibes sind die Menstruationsverhältnisse von solcher Bedeutung, dass Angaben darüber in einer Krankengeschichte bei Psychosen nicht fehlen dürfen; die Menses bleiben weg bei zahlreichen funktionellen Geistesstörungen, um vor oder mit der Besserung wieder zu beginnen, sie fehlen in der Regel bei Morfinismus; ihr definitives Schwinden im klimacterischen Alter endlich ist wiederum häufig Begleitung oder auslösendes Moment von geistigen Störungen.

Die Bedeutung der unter dem Namen des „Fortpflanzungsgeschäftes" zusammengefassten Vorgänge für die Neigung zu geistigen Erkrankungen des Weibes ist allgemein bekannt; in Fällen psychischer Anomalien während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt, oder während des späteren Wochenbettverlaufes ist immer des geistigen Zustandes bei etwa vorausgehenden Entbindungen zu gedenken; vergessen darf dabei nicht werden, dass ein gewisser Grad von gegenstandloser Verstimmung oder von subjectiv motivierter Depression bei vielen Frauen in der

Schwangerschaft vorkommt, ohne dass ernstere Folgen daraus erwachsen.

In der Anamnese des Mannes beschränkt sich das Interesse an den geschlechtlichen Vorgängen, abgesehen von der bereits erwähnten Onanie, im wesentlichen auf die Frage der syphilitischen Infektion, weniger auf quantitative Exesse oder etwaige Tripperepisoden. Die hohe Bedeutung vorausgehender Syphilis für die Entstehung der progressiven Paralyse ist jetzt fast allgemein anerkannt; die neuerdings gelungene Feststellung, dass selbst von geistesgesunden Leuten mit zweifellosen tertiären Symptomen ein grosser Teil nichts von einer vorausgehenden Infektion weiss, nimmt dem immer wieder gegen die Syphilis-Ätiologie der Paralyse ins Feld geführten Argumente, dass nur so und so viel Procent der Kranken nachweislich syphilitisch sei, viel von seiner Beweiskraft. Es genügt in diesem Punkte in der Anamnese nicht die Angabe des Kranken oder der Ehefrau, dass ihnen von Syphilis „nichts bekannt" sei; der Arzt kann auch auf dem Wege des Indicienbeweises (Aborte, Totgeburten u. dgl.) zu der Überzeugung von dem Vorhandensein einer syphilitischen Vergangenheit gelangen. Vergessen darf dabei nicht werden, dass Frauen syphilitischer Männer durch das von ihnen getragene Kind des Mannes inficiert sein und an schweren Spätformen der Syphilis erkranken können, ohne selbst secundäre Erscheinungen gehabt zu haben.

Entsprechend der verschiedenen Stellung der beiden Geschlechter im socialen Haushalt spielen die von aussen einwirkenden Schädlichkeiten in der Anamnese der Männer eine weit grössere Rolle, als bei den Frauen; besondere Beachtung verdienen in dieser Hinsicht chronische Vergiftungen und Unfälle.

Bei ersteren steht der Häufigkeit nach obenan die chronische Alkoholvergiftung.

Der Begriff des „Potatoriums" ist ein sehr schwankender; während Anhänger der neuen extremen Temperenzbe-

wegung den „Potator“ schon bei einem täglichen Consum von $^1/_2$—1 Liter Bier beginnen lassen, bewilligen Andere diese Bezeichnung erst bei deutlichen Zeichen der Vergiftung, wie Tremor, Lebercirrhose u. dgl.; dem Irrenarzte ist am meisten damit gedient, wenn ihm das durchschnittliche, tägliche Quantum dem Cubikmaass oder dem Geldwerte nach angegeben wird; sehr viele Individuen der schwer arbeitenden Klasse haben ja für die gewöhnlichen Wochentage ihr festes Maass an Bier oder Schnaps, in Südwestdeutschland auch an Wein; unzuverlässiger sind die Angaben bei Gastwirten und Bierbrauern. Angaben über etwaige abnorme Alkoholwirkungen („pathologische Rauschzustände“) sind wegen ihrer diagnostischen Bedeutung bei der Epilepsie von Wichtigkeit.

Vorausgehende Vergiftungen mit Blei sind auch mangels objectiver Zeichen im Zeitpunkt der Untersuchung in der Regel zu erschliessen aus den charakteristischen Angaben über Koliken oder Lähmungen in Verbindung mit der Thatsache der gewerbsmässigen Beschäftigung mit Bleipräparaten.

Nach chronischem Missbrauch von Arzneigiften (Morfium, Chloralhydrat, Cocain, Trional) ist namentlich dann zu forschen, wenn der Beruf des Kranken die Erlangung der Medikamente erleichterte (Ärzte, Apotheker, Drogisten, Hebammen).

Die Bedeutung der Feststellung eines ursächlichen Zusammenhanges von Erkrankungen des Centralnervensystemes mit früheren Unfällen ist durch die neuere Gesetzgebung beträchtlich erhöht worden, ohne dass bis jetzt die Wichtigkeit ihrer Mitwirkung dabei allen Ärzten mit genügender Schärfe zum Bewusstsein gekommen ist.

Dem Arzte der Anstalt oder der Klinik, dem bei den schwereren Fällen in der Regel das abschliessende Gutachten zufällt, fehlt meist die Handhabe, um, vielleicht nach Monaten oder Jahren, über den Hergang des Unfalles an weit entferntem Orte, über den Zustand des Kranken

vor und unmittelbar nach dem Ereigniss etwas Zuverlässiges zu erfahren; genaue Angaben des ersten behandelnden Arztes, dem die Zeugen des Herganges persönlich zugänglich sind, können dabei von grösster Wichtigkeit sein, vielleicht die Entscheidung bringen.

In zweierlei Beziehung wird bei Unfällen mit angeblich nachfolgender nervöser Erkrankung am häufigsten gefehlt, dass nämlich Ursache und Wirkung verwechselt wird, indem z. B. ein Sturz vom Gerüst infolge eines Schwindelanfalles bei einem Epileptiker oder Paralytiker nun als Ursache der Epilepsie oder Paralyse aufgestellt wird, und dass anderemale ein Unfall, der während der lange schon vor sich gehenden Entwickelung eines chronischen Nervenleidens wie multiple Sklerose, Syringomyelie oder einer Psychose eintritt, gutgläubig oder in betrügerischer Absicht als Ursache geltend gemacht wird.

In beiden Fällen kann nur die genaueste an Ort und Stelle, in der Umgebung des Kranken aufgenommene Anamnese als Grundlage eines Gutachtens dienen. —

Das gleiche gilt, wenn es sich unabhängig von allen Entschädigungsansprüchen, um die rein ärztliche Frage handelt, in welchem Grade etwa vorausgehende körperliche erschöpfende Krankheiten, Typhus, Influenza, Anämien, Malaria und dgl. ursächlichen Einfluss auf die Entwickung geistiger Störungen gehabt haben. —

Bei der Zurückführung psychischer Störungen auf die Einwirkung von Gemütsbewegungen, geistigen Ueberanstrengungen und dgl. muss der Arzt sich hüten, den in diesem Punkte stark verbreiteten, zum guten Teil falschen Laienansichten zu grosse Concessionen zu machen.

Die psychologische beliebte Erklärungsweise, die z. B. eine Melancholie aus Liebesgram oder aus Kummer über verfehlte Unternehmungen, eine Paranoia mit religiöser Färbung aus übermässigem Kirchenbesuch, eine progressive Paralyse aus Ueberarbeitung im Dienste hervorgehen lässt,

ist in der Regel falsch; es ist richtig, dass namentlich Schreck und grosse Angst, etwa bei einem Notzuchtsversuch oder bei Brandgefahr, plötzlich eine Psychose auslösen können; es ist richtig, dass langdauernde Sorge oder Existenz unter dauernd widerwärtigen, mit Demütigungen und Kränkungen einhergehenden Verhältnissen eine geistige Erkrankung entstehen lassen kann; meist aber sind bei den chronisch einwirkenden Schädlichkeiten die gleichzeitigen körperlichen Vorgänge — Schlaflosigkeit, verminderte Nahrungsaufnahme, gestörte Verdauung, Mangel an Bewegung im Freien — als mindestens gleichwertige ursächliche Faktoren in Rechnung zu setzen.

Der Arzt, der in seinem Aufnahmegutachten einen ursächlichen Zusammenhang psychologischer Art behauptet, muss dafür bessere Beweise geben, als die Erklärungsversuche der Angehörigen.

Vor allem ist auch hier wieder Vorsicht geboten, um nicht Ursache und Wirkung zu verwechseln; mancherlei Aenderungen der Lebensgewohnheiten, Neigung zu Excessen, zu unruhigem Leben, Reizbarkeit u. dgl. sind nicht Ursache, sondern Prodromalerscheinung der nahenden geistigen Erkrankung; um ein Urteil hierüber möglich zu machen, sind Angaben über den früheren Charakter des Kranken, etwaige Gewohnheiten, Idiosynkrasien, Antipathien, Aberglauben u. dgl. unerlässlich.

Wenn in dem Vorleben des Erkrankten schon einmal oder mehreremale eine nervöse oder psychische Störung stattgefunden hat, so sind darüber möglichst genaue Erhebungen anzustellen,

Die Prognose der einzelnen Erkrankung und der Gesamtaussichten für die fernere Gestaltung der Lebensschicksale wird wesentlich davon beeinflusst, ob die vorliegende Störung Teilerscheinung einer periodischen Erkrankung darstellt oder nicht.

Namentlich, wenn das Symptomenbild der melancholischen Verstimmung oder der maniakalischen Erregung vorliegt,

sind in dieser Beziehung die genauesten anamnestischen Angaben notwendig, ebenso wie bei der Nachforschung nach vorausgehenden epileptischen Anfällen, denen man in ihren mannigfachen Verkleidungen (Ohnmachten, Schwindelanfälle, kurze Bewusstlosigkeiten, Nachtwandeln, Dipsomanie, Bettpissen, Wandertrieb u. s. w.) nachgehen muss. —

Wenn nun schliesslich in dem Fragebogen, nach Erörterung etwaiger ursächlicher Einflüsse und früherer Erkrankungen der zur Aufnahme des Kranken Anlass gebende abnorme geistige Zustand beschrieben werden soll, so sind die oben angestellten Erwägungen auch giltig für die Abgrenzung der als „Prodromalerscheinungen“ zu deutenden Symptome.

Sehr häufig stellt sich bei genauer Kenntnis des Kranken und eingehender Vernehmung der nächsten Umgebung, wenn sie einigermassen verständig ist, heraus, dass doch schon längere Zeit kleine körperliche oder psychische Anomalien dem Ausbruche gröberer Störungen vorausgegangen sind.

Zu beachten sind hier Störungen des Schlafes, Abnahme des Appetites, Obstipation, Abnahme des Gewichtes, Müdigkeitsgefühle und Unlust zu geistiger Arbeit, Reizbarkeit, gegenstandlose Verstimmungen und dgl.

Die Art der einleitenden psychischen Veränderungen im engeren Sinne hängt nun sehr ab von der Form der Psychose oder Neurose, die zur Entwickelung kommen will und kann bei den vielgestaltigen Möglichkeiten hier nicht im Einzelnen erörtert werden; in jedem Falle wird, namentlich bei den Psychosen langsamen, chronischen Verlaufes, festzustellen sein, wie lange schon „Aenderungen des Charakters“, Misstrauen, Sinken der allgemeinen Leistungsfähigkeit, und der gemütlichen Ansprech-

barkeit, oder erhöhte Geschäftigkeit, Neigung zum Verschwenden, Reizbarkeit und dgl. rückwärts verfolgt werden können.

Was bei den acut einsetzenden Geistesstörungen in der Regel leicht ist, die Festsetzung des eigentlichen Beginns, kann bei den chronischen, langsam aus den Prodromalerscheinungen erwachsenden Psychosen grossen Schwierigkeiten begegnen; die zeitliche Abgrenzung bleibt hier immer eine bis zu einem gewissen Grade willkürliche.

Die Beschreibung der geistigen und gemütlichen Verfassung eines Kranken, die Aufnahme des psychischen „Status praesens“ pflegt dem weniger Geübten besonders schwer zu fallen; es ist auch, wenn man nicht systematisch psychische Anomalien zu analysieren gelernt hat, keineswegs leicht, abnorme Geisteszustände in einer für einen Dritten klaren, anschaulichen und überzeugenden Form zu beschreiben.

In vielen Fällen, dann nämlich, wenn ein soeben frisch Erkrankter alsbald in Anstaltspflege gegeben wird, bedarf es von Seiten des Arztes zwar einer guten Anamnese, aber keines ausführlichen Status praesens, den der Irrenarzt ja doch sogleich selbst erhebt; anders liegt es, wenn das ärztliche Zeugniss auf seinem vielfach vorgeschriebenen Instanzenweg vor der Einweisung auch die dazu ins Auge gefasste Anstalt zu passieren hat, deren Leiter sich eben auf Grund des Fragebogens ein Urteil darüber bilden soll, ob der Kranke nach seinen Heilungsaussichten u. s. w. zur Aufnahme geeignet ist. Eine genaue Beschreibung des psychischen Zustandes ist auch dann unerlässlich, wenn ein Teil der Psychose ausserhalb der Anstalt unter ärztlicher Behandlung schon abgelaufen ist. In jedem Falle muss der Arzt wissen, wie er es gegebenen Falles anfängt, eine solche Beschreibung zu verfassen.

Es ist selbstverständlich, dass der Schilderung der geistigen Anomalien genaue Angaben über den körperlichen

Befund: Ernährungszustand, innere Organe, und allgemein neurologische Untersuchungsergebnisse, Verhalten der Hirnnerven, spinale Symptome u. s. w. vorauszugehen haben.

Bei dem psychischen Status praesens hält man sich zweckmässiger Weise an das Schema des Reflexbogens: Zuleitung, centrale Umsetzung und motorische Aeusserungen, im weitesten Sinne.

Bei den Sinneswahrnehmungen ist anzugeben, ob sie in normaler Weise stattfinden, verlangsamt, unvollkommen oder gefälscht sind (Illusionen, Hallucinationen), und in welcher Weise das Bewusstsein auf die zur Wahrnehmung gelangenden Reize reagiert, (Lust, Unlust, Erregung).

Weiterhin ist zu erwähnen die Stimmungslage des Kranken, ob sie gehoben, gedrückt, gleichmässig oder wechselnd und leicht beeinflussbar ist.

Bei dem Ablauf der Vorstellungen ist auf Hemmung oder Erleichterung desselben (Ideenflucht) zu achten, sowie darauf, ob formale oder qualitative Störungen: Zwangsvorstellungen, Wahnideen, Anomalien des Gedächtnisses vorliegen, ob ein logisches Denken möglich, oder ob „Verworrenheit“ zu constatieren ist. Der grösseren oder geringeren Helligkeit des Bewusstseins, der vorhandenen oder fehlenden Fähigkeit zur Orientierung über Raum und Zeit, des vorhandenen Grades von Klarheit in der Auffassung der eigenen Persönlichkeit und der Aussenwelt ist zu gedenken.

Für die motorische Seite des Seelenlebens ist zu achten auf Mimik und Haltung, auf die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit oder die rasch eintretende Erschöpfbarkeit derselben, auf die Art der Auslösung der motorischen Vorgänge überhaupt (psychomotorische Hemmung, Stupor, oder Neigung zu Gewaltthätigkeiten, Bewegungsdrang, Verbigeration), Verhalten des Trieblebens (Nahrungstrieb, Geschlechtstrieb) und der aus zu-

sammengesetzten Motiven erwachsenden Willensakte (Conflicte mit dem Strafgesetz, Verschwendung, unsinnige Handlungen, Selbstmordneigung u. s. w.).

Von episodischen Ereignissen ist namentlich etwaigen „Anfällen" besondere Aufmerksamkeit zu widmen; vielfach hängt in complicierten Fällen die Differentialdiagnose z. B. zwischen Hysterie und Epilepsie an Beobachtungen über Verhalten der Pupillen, Zungenbiss, Enuresis und Tiefe der Bewusstseinstrübung, die nur im Anfalle selbst gemacht werden können. —

Nach Abschluss der Beschreibung des geistigen Zustandes folgen in dem Aufnahmezeugniss zweckmässiger Weise Angaben über die stattgehabte Behandlung, Wirkung von Medikamenten, Bädern, über etwaige Anwendung von Zwangsmaassregeln (Zwangsjacke, Isolierung oder Binden).

Zum Schlusse sehen die meisten Fragebögen noch gutachtliche Äusserungen vor über die Bezeichnung der Krankheit, die voraussichtliche Heilbarkeit, Hilfsbedürftigkeit (in körperlicher Beziehung) sowie über die Gemeingefährlichkeit.

Die Diagnose, die auch in der Irrenanstalt eine Zeitlang unsicher bleiben kann, ist weniger wesentlich, wenn eine sonst gute Krankengeschichte vorausgeht; die Frage der Heilbarkeit bestimmt vielfach die Einweisung in die eine oder die andere Kategorie von Anstalten; es ist daher Vorsicht anzurathen beim Aussprechen des Urteiles der Unheilbarkeit; es wäre verwerflich, einen Kranken wegen der Möglichkeit der Unheilbarkeit von vorneherein etwa einer Siechenanstalt zuzuweisen.

Betreffs der Bezeugung der Gemeingefährlichkeit und des Bestehens von Selbstmordneigung verweise ich auf das oben Seite 8 und 9 Ausgeführte. —

Der Arzt muss sich, bei Abfassung eines Aufnahmezeugnisses dessen immer bewusst bleiben, dass er mit sorgfältiger und erschöpfender Darstellung des Herganges der geistigen Erkrankung nicht nur den Interessen seines Kranken den besten Dienst erweist, sondern auch dem Irrenarzte für den Ausbau der Lehre von den Geistesstörungen ein Material liefert, dass dieser auf keine andere Weise gewinnen kann. Denjenigen, der diesen doppelten Gesichtspunkt vor Augen hat, wird die manchmal nicht geringe Mühe der Abfassung einer guten Krankengeschichte bei psychischen Erkrankungen nicht verdriessen.

Druck von C. A. Kaemmerer & Co, Halle a. S.

Das Jugendirresein

(Dementia praecox).

Von

Dr. E. Trömner,
Nervenarzt in Hamburg.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1900.

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Professor Dr. Hoche in Strassburg, Privatdozent und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medizinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdozent Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. Konrad Alt,

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

III. Band, Heft 5.

Das Jugendirresein (Dementia praecox).*)

Von

Dr. E. Trömner, Nervenarzt

in Hamburg.

Die Schwerzugänglichkeit solider psychiatrischer Kenntnisse für den praktischen Arzt liegt weniger in der Seltenheit des Materials, weniger auch in der zum Studium zur Verfügung stehenden Zeit, als in der Dauer der Psychosen und ihrer Veränderlichkeit. Im Gegensatze zur somatischen Medicin ist in der Psychiatrie nichts verhängnissvoller als Verlass auf Augenblicksbilder; z. B. kann das anscheinend so klar erkennbare Symptombild der Manie im Verlaufe verschiedenster Krankheiten auftreten. Paralyse, Hysterie, Epilepsie, Dementia senilis u. a., alle können gelegentlich Bilder erzeugen, die einer echten Manie täuschend ähnlich sehen. Dasselbe gilt vom Symptombilde einer Depression, einer hallucinatorischen Verwirrtheit u. a. Diese Phasenähnlichkeit verschiedener Krankheiten ermöglicht unter Umständen erst nach monatelanger Beobachtung volle Einsicht in den zu Grunde liegenden Krankheitsprocess. Geisteskrankheiten können in wechselnder Gestalt ganze Menschenalter erfüllen. Daher die Schwierigkeit zuverlässiger psychiatrischer Diagnosen. Das Streben nun über die Diagnose vergänglicher Zustandsbilder zur Kenntniss des psychischen Grundleidens fortzuschreiten ist noch nicht sehr alt. Die ausserdeutsche Psychiatrie bewegt sich noch jetzt vielfach in rein symptomatischen Diagnosen; aber auch bei uns schliessen die Begriffe Melancholie und Manie keineswegs einen gesetzmässigen Verlauf und Ausgang ein; sprechen doch viele unsrer

---

*) Nach einem im Aerztlichen Verein zu Hamburg im Nov. 1899 gehaltenen Vortrage.

Lehrbücher noch von secundärer Demenz nach Melancholie und Manie. Aber echte Manie geht niemals in tiefen Blödsinn über, ebenso wenig wie eine Melancholie in Paralyse übergeht; dann war eben die Melancholie der Beginn der Paralyse und die Manie war keine Manie, sondern eine Phase eines complicirteren Krankheitsprocesses, deren genauere psychologische Analyse auch gewisse symptomatische Abweichungen von echter Manie ergeben hätte. So kennt man in der Paralyse schon lange eine wohlcharakterisirte Psychose, auf deren Grunde die verschiedensten Zustandsbilder erwachsen können. Es giebt keine dem Lebensalter nach zulässige Psychose, in deren Gewande nicht schon die Paralyse aufgetreten wäre und Fehldiagnosen veranlasst hätte: Paranoia, Amentia oder hallucinatorische Verwirrtheit im engeren Sinne, Epilepsie und selbst Delirium tremens kann die Paralyse nachahmen und doch wird genaue Beobachtung es ermöglichen durch das Zustandsbild hindurch die Krankheit zu sehen.

Selbst die ungleich einförmigere Epilepsie erzeugt manische, depressive und hallucinatorische Zustände, die nicht selten als selbstständige Psychosen imponiren, bis ein typischer Krampfanfall die Sachlage klärt. Die alte Gewohnheit Zustandsbilder als Psychosen an sich mit zeitlicher Selbstständigkeit und in diesen wieder die auffälligsten Symptome als die wesentlichen zu betrachten hat Fortschritte vom künstlichen zum natürlichen System der Psychosen lange verzögert. Wer z. B. zu der Diagnose Stupor sich durch das auffälligste Symptom, motorische Gebundenheit, bestimmen und diesen Stupor als selbstständige Psychose gelten liesse, könnte folgendes Dilemma erleben: Es kann vorkommen, dass an eine Manie sich ein Stupor anschliesst, der dann in Genesung übergeht; andrerseits kann ein jugendliches Individuum ohne Ursache von einem Stupor heimgesucht werden, dem eine sogenannte secundäre Demenz folgt. Es wäre also der Stupor in dem einen Falle die Folge, im anderen die Ursache einer Psychose; derselbe Zustand führte dort zur Genesung, hier zum Blödsinn; wer soll da Gesetze finden? In Wahrheit sind beide Stuporzustände nur äusserlich ähnlich, aber von wesentlich verschiedener Bedeutung, der eine musste zur Genesung, der an-

dere musste zum Schwachsinn führen; prognostisch brauchbare Unterschiede hatten beide. Verzögernd wirkte auch auf den Fortschritt zum natürlichen System die von einzelnen Autoren allzu symptomatisch ausgebaute Lehre von der Paranoia. Namentlich der Lernende und der der Psychiatrie ferner stehende Arzt, welchem die Gelegenheit zu selbstdenkender Beobachtung fehlt, wurde dadurch in die bequeme Lage versetzt alle Psychosen mit vorherrschenden Wahnideen und Hallucinationen als Paranoia diagnosticiren zu dürfen, Paranoia simplex, wenn erstere, Paranoia hallucinatoria, wenn letztere das Feld beherrschen. Nun aber giebt es keine Psychose, bei der nicht gelegentlich Wahnideen oder Sinnestäuschungen imponirend in den Vordergrund treten; infolgedessen werden thatsächlich noch recht heterogene Zustände als Paranoia bezeichnet, Zustände, welche mit der ursprünglichen Paranoia simplex, der ziemlich typisch auftretenden Verrücktheit, nichts als jene beiden Symptome gemein haben, Krankheiten, welche weder den klinischen Verlauf noch gewisse charakteristische Symptome gemein haben. Charakteristisch aber sind nicht Wahnideen an sich, sondern wie sie entstehen und wie sie verwerthet werden, nicht Halluc. an sich, sondern wie der Kranke auf seine Halluc. reagirt. Der Delirant z. B. reagirt auf seine Sinnestäuschungen ganz anders, der Imbecille verarbeitet und äussert seine Wahnideen ganz anders als der echte Paranoiker. Feststellung augenfälliger Symptome genügt eben nicht; die Krankheit haben wir erst erkannt, wenn wir die sich folgenden Zustände causal zu verbinden und wenn wir eine Prognose zu stellen vermögen. Die Prognose ist bei jeder psychischen Erkrankung von grösster nicht nur academischer, sondern praktisch socialer Wichtigkeit. Sie ist wie bei der Meteorologie geradezu das Criterium der Wissenschaft.

Je jugendlicher nun die befallene Person, je grösser demnach die Zahl der klinischen Möglichkeiten, um so schwieriger und um so wichtiger für das ganze Leben wird die Prognose sein.

Dies ist der Hauptgrund, aus welchem ich eine Krankheitsgruppe schildern will, die trotz ihrer Häufigkeit, Wichtigkeit und relativ guten Prognosticirbarkeit den wenigsten practischen Aerzten gut bekannt ist. Es sind Krankheiten, welche während

oder in den Jahren nach der Pubertät, in der Adolescentia, beginnend, unter zwar vielgestaltigen, aber doch charakteristischen Symptomen verlaufen und welche meist, stetig oder schubweise, zu einem bestimmten Schwachsinn führen. Bekannter als der von Kräpelin eingeführte Namen dementia praecox ist Kahlbaum's Benennung Jugendirresein; bekannter wohl auch die Hebephrenie und Katatonie getauften Abarten.

Zustände dieser Krankheit waren natürlich längst bekannt, aber man begnügte sich mit der Etiquette Paranoia oder Schwachsinn oder sprach von Manie oder Melancholie, welche in Schwachsinn ausgeht.

Das Verdienst, diese Krankheit aus jenen grossen Töpfen Paranoia und Schwachsinn herausgehoben zu haben, gebührt dem im vergangenen Jahre verstorbenen Kahlbaum. 1871 beschrieb in seinem Sinne Hecker als Hebephrenie eine Jugendpsychose, welche die Bilder der Melancholie und Manie durchlaufen und dann in Schwachsinn enden sollte; 1874 beschrieb Kahlbaum die Katatonie, jener ähnlich, jedoch durch stuporöse Zustände und durch Neigung zu spastischen und stereotypen Innervationen ausgezeichnet. Beide Arbeiten waren Wegweiser der Psychiatrie, fanden aber zunächst wenig Beachtung und noch weniger Anerkennung, bis Kräpelin sich dieser Krankheiten annahm, ihren wirklichen Umfang nachwies, sie diagnosticirbar und last not least populär machte.

Er fasste auch die ganze Gruppe unter dem Namen Dementia praecox zusammen, als Frühverblödung im Gegensatz zur Verblödung der Rückbildungsjahre, der Dementia senilis. Die Häufigkeit dieser Processe ist eine viel grössere als Hecker und Kahlbaum ahnten. Während Hecker unter 500 Kranken nur 14 Hebephrenien fand, war in Heidelberg während meiner Assistentenzeit zeitweise ein Drittel der Männerabtheilung mit solchen Kranken belegt. Immerhin scheinen regionäre Unterschiede obzuwalten; z. B. beobachtete ich unter den zahlreichen Aufnahmen der Dresdener Irrenstation diese Krankheit auffallend seltener als unter denen der Heidelberger Klinik.

Die Fülle der Verlaufsmöglichkeiten nun bei dieser Krankheit ist gross, nicht minder gross als bei der Paralyse; immerhin lassen sich zum Zweck der Orientirung ohne Zwang 3 Unter-

arten aufstellen, die freilich durch Misch- und Uebergangsformen mit einander verbunden sind.

Den schlichtesten Verlauf nimmt die Verblödung in den als einfach demente Formen der Dementia praecox zu bezeichnenden Fällen. Ohne auffällige Vorboten beginnt hier im 16., 17., 18. Jahre ein ganz allmählicher Rückgang der geistigen Fähigkeiten, bei Knaben oft in der Lehre oder in den letzten Schuljahren, bei Mädchen in der Pension: Sie werden unaufmerksam, schwer von Begriffen, interesselos und stumpf gegen edlere Regungen, verlieren den Sinn für Familie und Freundschaft, für höhere und meist selbst für niedere Lebensinteressen; sie werden mehr und mehr faul und apathisch oder zerfahren, widersetzlich, unstet und fallen selbst als gebildete Menschen der Vagabondage anheim. Zu den geisteskranken Vagabonden stellt die Dementia praecox einen grossen Bruchtheil. Mit dem Schwunde der inneren Triebkraft, der Spontanität verliert sich Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. Ein mir bekannter und nur wenig geschwächter Kranker, dessen geistiger Concurs in den letzten Gymnasialjahren eingetreten war, und der einfache Bureauarbeiten correct erledigte, schrieb sich zum Ordnen der Acten stets das Alphabet auf.

Solche Verblödung ohne Sang und Klang sieht sonst der Irrenarzt seltener, weil sie gewöhnlich ante portas der Anstalt verlaufen, wo sie von den Angehörigen und meist auch vom Hausarzte nicht als Krankheit erkannt werden. Häufiger eröffnen Verstimmungen, Angstzustände, Furcht vor unbekannten Feinden, hypochondrische Grübeleien, meist sexuellen Inhalts, oder seltsame Gewissensbisse die Erkrankung. Ein Kranker der Dresdener Anstalt verzweifelte und bat Gott allabendlich um Verzeihung, weil er einem kleinen Mädchen auf den Bauch gegriffen hatte. An derartige Einleitungen schliesst sich bald die geistige Verblödung an, welche in diesen Fällen häufig keine hohen Grade erreicht. In der Anstalt sind so verblödete Kranken die harmlosesten und langweiligsten von allen. Selbst der blödeste Paralytiker giebt noch Laute von sich, aber jene thun oft gar nichts, manche stehen herum und scheinen nicht einmal zu sinnen, sie führen das Dasein eines niederen Thieres, freilich nur, wenn man sie sich selbst überlässt. Denn merkwürdiger

Weise zeigt sich trotz der Vernichtung aller eigenen Regungen doch das Meiste dessen erhalten, was die Kranken vor Beginn ihrer Verblödung an Wissen oder Fähigkeiten erworben haben. Ein solcher Patient, früher Buchbinder, der sich selbst überlassen völlig stagnirte, liess sich willig und geschickt zur Arbeit in der Anstalts-Buchbinderei verwenden, er arbeitete peinlich sauber, wenn auch sehr langsam, und wenn er auch bei jeder Arbeitsänderung neuer Antriebe bedurfte. Ein anderer, der in Obersecunda mit Apathie und hypochondrischen Klagen erkrankte, war verblödet, ein linkischer, träger, unreinlicher Mensch, der sich mit Vorliebe auf dem Closet aufhielt und spontan nur grinste oder thierische Laute producirte; angeredet, wusste er aber in überraschender Weise über seine Lehrer und sogar über die gelesenen Classiker Auskunft zu geben.

Diese Endzustände sind also selbst nach vollendetem Blödsinn unschwer zu erkennen und vor allem vom angeborenen Schwachsinn sicher zu trennen auf Grund ihrer psychologischen Eigenheiten. Diese aber sind: 1. Verlust der gemüthlichen Regungen, der niederen und höheren Gefühlstöne; 2. Verlust jener höchstgeordneten geistigen Fähigkeiten, welche sich im Drang nach geistiger Beschäftigung und nach Gedankenaustausch, in zielvoller Beobachtung, in Kritik und in planmässigem Handeln äussern; 3. durch Erhaltung der niederen geistigen Vermögen, des Gedächtnisses, der Fähigkeit zu mechanischen Arbeiten und der Orientirungsfähigkeit in Zeit und Raum.

Von diesem Bilde einer stetig fortschreitenden, friedlichen Verblödung weichen die als Hebephrenie beschriebenen Formen der Dem. pr. durch unregelmässigen Verlauf, durch den Wechsel verschiedenster Zustandsbilder, durch das Auftreten von allerlei Reizzuständen (Affecte, Sinnestäuschungen, Gewaltacte, Bewusstseinsschwankungen) und durch das frühe Hinzutreten von Verworrenheit von jenem ab; sie enden mit seltenen Ausnahmen ziemlich rasch in einen durch die Persistenz von Wahnideen, durch bizarre Gewohnheiten und durch die Verworrenheit ihrer Aeusserungen besonders gefärbten Schwachsinn. Die von Hecker ausser Lebensalter und Ausgang als wesentlich betrachteten Symptome, nämlich Albernheit, alt-

kluges Wesen und eine bestimmte Reihenfolge der Zustände — erst Melancholie, dann Manie, dann Verworrenheit, endlich Blödsinn — sind nicht mehr aufrecht zu erhalten. Allerdings beginnt die Krankheit gewöhnlich mit depressiven Zuständen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und verstimmenden Gedanken, in Folge Wahrnehmung der Abnahme der eigenen Leistungsfähigkeit, aber nicht immer; manche Fälle beginnen mit Wahnideen eigenthümlichen, körperlichen Beeinflussungen (wahrscheinlich in Folge von Parästhesien), die Kranken glauben sich beeinflusst, das Blut verändert, bespiegelt, „Wähne durch den Leib geschickt" u. a.

Andere Fälle beginnen mit Hallucinationen nicht selten geschlechtlichen Inhalts, Jungfrauen glauben schwanger zu sein, andere sehen Christus als Bräutigam u. s. w. Ich erlebte, wie ein junger Mann verhaftet wurde, weil er vornehmen Damen Besuche machte unter der Angabe, er sei durch Stimmen zum Beschäler engagiert worden. Aus der Reaction auf derartige Hallucinationen spricht häufig schon entwickelter Schwachsinn. Den Innitialerscheinungen folgen nun verschieden gestaltete Erregungen, die meist einer Tobsucht oder einer sog. hallucinatorischen Verwirrtheit ähneln; bei Weibern scheinen die albernen läppischen Erregungen, bei Männern die mit verworrener Wahnbildung und Sinnestäuschungen verbundenen Zustände zu überwiegen.

Als Beispiele will ich kurz zwei in Dresden beobachtete Fälle vorführen:

S. 18 Jahre alt, schwer belastet, bisher gute Schülerin, begann stumpf und ermüdbar zu werden und sehr lange zu schlafen. Eines Tages war sie ausser sich, weil sie wegen Zerstreutheit beim Klavierspiel getadelt worden war; von da an ass und schlief sie nicht, sie bekam Brustkrämpfe, der liebe Gott erschien ihr und fragte, ob sie sterben oder auf Erden Künstlerin werden wollte; sie begann verwirrt und obscön zu reden, sprach zu Engeln und Teufeln und sprang aus dem Fenster, weil die Welt untergehe. In der Anstalt war sie erotisch gegen den Arzt, dann wieder erregt, sie sang, schrie, warf das Essen umher, benahm sich zeitweise wie ein „verzogenes, launenhaftes Baby". In Zeiten der Beruhigung führte sie läppische Reden. Auch der Schlaf wechselte, bald schlief sie ohne Mittel, bald trotz dieses nicht. Einmal machte sie einen Selbstmordversuch, weil sie ein Schlafmittel nehmen sollte. Diesem

folgten noch mehrere höchst alberne Selbstmordversuche. Sie wurde sichtlich blöder, urinirte durch die Kleider und sammelte Speichelpfützen auf dem Boden. Die anfänglich wegen launenhafter Erregungen und Analgesie der Zunge auf Hysterie gestellte Diagnose musste bald in Hebephrenie geändert werden.

Im andern Falle wurde ein ebenfalls belastetes, begabtes 19jähriges Mädchen plötzlich deprimirt, weinte, sah Spuk an den Wänden, machte 6 Stunden Toilette, bekam einen Krampfanfall mit mehreren anschliessenden Ohnmachten. Dann rascher wechselnde Zustände, sie verunreinigte sich mit Urin, defäcirte ins Bad, erlebte „ungebührliche Dinge" am eigenen Körper, wurde von Maschinen electrisirt, nahm theatralische Posen ein und bot vorübergehend kataleptische und analgetische Zustände. In grösster Ruhe sprach sie verworren und in sinnlosen Gemeinplätzen. Unverkennbare Geistesschwäche.

Beide Fälle ähnelten zeitweise einer Manie, in gehobener Stimmung, Bewegungs- und Rededrang; aber Bewusstseinstrübungen, jäh wechselnde Erregungen, Unreinlichkeit und Redeverworrenheit bei äusserer Ruhe characterisirten sie als hebephrenische. Die Erregungszustände gingen sehr bald in die terminale Demenz über.

Die andere nach meinen Erfahrungen und entsprechend ihrer weniger affectiv veranlagten Natur bei Männern häufigere Verlaufsart der Hebephrenie wird in älteren Krankengeschichten gewöhnlich als Verrücktheit geführt, trotzdem sie von ihr wesentlich verschieden ist. Die echte Paranoia beginnt gewöhnlich im mittleren Lebensalter, verläuft chronisch ohne elementare Reizzustände, ohne primäre Verworrenheit, ohne jene Seltsamkeiten im Handeln und Gebahren, die den Verblödeten für jeden Laien zum „Verrückten" stempeln, führt nicht zu auffälligem Schwachsinn und pflegt sich durch eine grosse Consequenz auszuzeichnen. Der Paranoiker verarbeitet und egocentrirt seine Wahnideen, er wacht energisch über seine eingebildeten Interessen und seine Hallucinationen haben einen gewissen Sinn. Direct beweisend für die Heterogenität beider Processe ist die von Sander beschriebene originäre Paranoia; auch sie beginnt im Jugendalter und trägt doch die Züge der echten Paranoia an sich und nicht die der Verblödung, wie etwa der folgende, auch forensisch interessirende Fall.

Ein 21jähriger Commis wanderte ohne Grund nach Amerika aus; dort witterte er Verfolgungen und hörte seine Verfolger sich

nebenan einnisten, um ihn durch Schimpfen und Verdächtigungen aus seinem Quartier zu vertreiben; auch auf der Rückreise liessen sie ihm keine Ruhe. Da er Freimaurer fürchtete, bat er Leo XIII. um Schutz. Zugleich schrieb er 2 Briefe an Bismarck und den König von Sachsen, in denen er seine Dienste in „politischen Geschäften“ anbot, obwohl er „weder juristisch noch theologisch“ gebildet sei; daheim wähnte er sich von Verschworenen umgeben, scandalirte, weil seine Mutter Familiengeheimnisse ausplaudere und trieb sich planlos umher. Als Vagabond erlitt er verschiedene Polizei-Strafen, kam in ein Versorghaus und von da als geistesschwach, aber „der Simulation verdächtig“, in eine Arbeitsanstalt, wo er wegen Faulheit, Unreinlichkeit und Widersetzlichkeit 21 Mal bestraft wurde, bis man endlich an Psychose dachte. In der Anstalt war er äusserlich geordnet, aber völlig zerfahren und producirte die albernsten Ideen: Im 7. Lebensjahre habe er schon ein Strumpfgeschäft gehabt, in Bayern gebe es Orinokomenschen, die nicht auf gewöhnlichem Wege geboren würden, die Verschiedenheit der kirchlichen Verhältnisse in Bayern und Preussen beruhe nur auf der Verschiedenheit der Briefmarken u. a. Seine Verworrenheit veranschaulicht folgender Brief, in dem er um eine neue Hose bittet:

Liebe Eltern!

Mit meiner Tante Johanne gebrauche ich durch die Elementirung des Kohlfurth Ofens meine Ornatron. Ich befinde mich gegenwärtig in der Fremde und zwar Typhusgemäss in der Salz Schande der Pulver Hardt zu Dresden, herbergirend im Siech-hof Haus Asyl daselbst, wobei ich meine Camisohl Kleidung bedarf — — —“ u. s. f.

Diese hebephrenische Verworrenheit, die ich für das wichtigste Merkmal dieser Verblödungen halte, weil sie in fast allen Stadien hervortreten kann, will ich an einigen weiteren Beispielen erläutern:

Ein dem genannten ähnlicher Kranker, früher vollsinniger Mechaniker, dann verbummelt und verblödet, 16 mal bestraft, sogenannter „Vagabond von Profession“; dann aber durch Sinnestäuschungen und konfuse Wahnideen auffällig, schrieb folgenden Protest gegen seine Internirung:

An die Königliche Kreishauptmannschaft.

Meine gemeinnützige Lage sieht sich veranlasst, die Nichtigkeitsbeschwerde hiergegen einreichen zu müssen. Da der Realismus und die Inhabilität meines Vaterlandes wieder standrechtlich auf mich einwirkt. Da doch die Denunciation

meiner in 9 Fällen aufweisende Arbeitsstelle, welche auf jene Formalität darauf hin deuten wird, dass ich nunmehr in Freiheit gesetzt werden könnte etc.

Als übrigens dieser Brief nichts half, schrieb er an den Ministerpräsident Thiers:

Geehrter Herr Thiers!

Sehe mich veranlasst die Animalien meiner uneigennützigen Lage Ihnen an den Tag legen zu müssen. Ich bin seit längerer Zeit hier in Internirung etc.

Eine besonders komische Konfusion bietet der in Kräpelins Lehrbuch 6. Auflage, II. Bd., S. 177 wiedergegebene Brief.

Der sprachliche Bau solcher Kundgebungen weicht durchaus von der Aeusserungsform epileptisch, paralytisch oder manisch verworrener Kranker so deutlich ab, dass ich oft daraus allein die Diagnose stellen konnte. Als ihre Merkmale fallen zunächst 4 auf 1. die Wahrung des Satzgefüges, 2. der Reichthum an ungewöhnlichen, möglichst tönenden Worten oder Fremdworten, für welche eine besondere Vorliebe besteht, 3. Wortneubildungen, manchmal dunkler Herkunft, 4. die Sinnlosigkeit, welche dadurch zu stande kommt, dass der ursprünglich vorhandene Sinn durch geschraubte, abweichende Wendungen, durch möglichst tönende Ergänzungen, durch überflüssige, aparte Worte entstellt, zerstückt und verstümmelt wird, so dass die ursprünglichen Gedanken nur noch stellen- und bruchstückweise hervortreten; etwa wie Horatio Ophelias verworrene Rede beschreibt:

„— — sie spricht verworren
Mit halbem Sinn nur, ihre Rede ist nichts;
Doch leitet ihre ungestalte Art
Die Hörenden auf Schlüsse; man errät,
Man stückt zusammen ihrer Worte Sinn."

Die konfusen Bildungen betreffen meistens Substantiva und Adjektiva und hängen mit den übrigen Worten weder durch innere, noch durch äussere Associationen zusammen. Forel hat dergestalt konfuse Wortreihen trefflich als „Wortsalat" bezeichnet. Die Sinnverstümmelung wächst mit dem Grade der geistigen Störung, bis nur noch Ketten von „Worthülsen", wie

sich Krafft-Ebing ausdrückt, übrig bleiben; es fehlt der kritische Sinn, der die Worte sucht, prüft und ordnet; das aber ist das Merkmal der Verworrenheit.

Ich bemerke, dass im Interesse klarer Begriffe das Symptom Verworrenheit nicht mit dem der Verwirrtheit zu identifiziren ist. Verwirrtheit würde zweckmässiger Weise den inneren Zustand bezeichnen, der erst erschlossen werden muss. Verworrenheit die in Rede und Benehmen wahrnehmbare Unordnung; wir sprechen deswegen also von hallucinatorischer Verwirrtheit, aber von verworrener Rede. Verworrene Rede kommt auch bei Gesunden gelegentlich vor: 1. Unter der Einwirkung toxischer Faktoren, z. B. des Alcohol, 2. in Verlegenheits- oder Erschöpfungs-Zuständen. Ein Beispiel dafür sei etwa Beckmessers verunglücktes Meisterlied.

Lehrreich, namentlich zur Beurtheilung gewisser Schülerleistungen ist ein Aufsatz, den eine hebephrenische Kranke in völliger Ruhe niederschrieb und aus dem ich Stichproben geben will. Als Thema hatte sie sich gewählt:
„Das Leben ein Traum, oder der Traum ein Leben“:

> „Ein Leben beginnen heisst im allgemeinen, ein Kind in des Wortes tiefster Bedeutung sein. Wohl ist ein Kind harmlos und unschuldig. Doch nicht alle Kinder sind gleich geartet. Das eine ist krank, bedarf daher einer Pflege, das andere ist gesund und hofft nur auf Liebe, Beide jedoch sind Kinder eines Gottes. Welches aber ist der Mutter das liebste? Nach prosaischer Auffassung liebt sie beide. Aber der Dichter streitet dagegen und er allein darf es auch. Aber er hat sein Wort nicht für alle Menschen berechnet. Aber in seinem Garten blühen nur Rosen. Gern möchte er sie in jeden Garten pflanzen, aber unfruchtbar ist fast jeder irdische Boden. Daher muss er mit dem Garten vorsichtig sein. Leicht wird die Rose der Zankapfel werden“ u. s. w.

Gegen den Schluss hin wird sie immer verworrener:

> „Alles Irdische ist vergänglich. Tief gepflanzt in eines Menschen Brust ist die Liebe. Georg Ohnet saget nein! nein! Nun so mögen die Völker lesen. Erdichtet, erlogen und verzogen ist doch gleich. Mit Zahlen wird man nie neüeres finden. Sonst hätte man in einer Ella Maria

Stuart erkannt. Elisabeth hätte den englischen Thron nie mit Recht regieren können. Aber christliche Waisen singen Kinderrachepsalmen. O klingt das süss wie Schimmer von Dir ist Eva. Aber mit deutschen Zahlen. Die Sonne meines Glückes" etc.

Die Neigung, durch Phrasen und klingende Gemeinplätze solide Urtheile zu ersetzen, ist ja im Zwang der Gesellschaft manchen jungen Leuten eigen, das eben wiedergegebene geht aber weit über die Grenze alles Normalen hinaus. Die normale Vorliebe des pubischen Alters für das Geschraubte und Affectirte, für Phrasen und Posen, mit einem Wort für das Unnatürliche sehen wir sich noch steigern in den Produkten seiner Psychose.

Analoge Verworrenheit, wie die sprachlichen Aeusserungen, zeigt nun das Benehmen hebephrenischer Kranker, und dies lässt sich vornehmlich im Gang, Mienen, Gesten und in den Manieren beim Essen und Trinken beobachten. Während die Bewegungen des Manischen ungebunden und von natürlicher Behendigkeit sind, tragen die des Hebephrenen, wenn sie krankhaft gestört sind, immer etwas Unfreies, Unnatürliches, nach einer seltsamen Methode Gebundenes an sich. Beim Gange tänzeln sie, wiegen sich in den Hüften, oder stolziren steifbeinig einher; ihre Gesten sind eckig, unschön und oft durch Querimpulse gestört. Wie also der Sinn ihrer Rede durch Einschiebsel verstümmelt wird, so scheinen motorische Querimpulse fortwährend die natürliche Beweglinie zu verstümmeln. Sowohl ihren Reden wie ihren Bewegungen kommen allmählig die Leitmotive abhanden, durch welche normale motorische Aeusserungen stets bestimmt werden.

Von den hebephrenisch dementen Kranken gilt im Allgemeinen, dass von den einfach Dementen erwähnte, sie sind harmlos, stumpf, einsiedlerisch, fallen aber durch bizarre Angewohnheiten auf, sie murmeln vor sich hin, grimassiren, wischen und zupfen an Bart oder Kleidern herum u. s. w.

Ich kannte einen derartig verblödeten Referendar, der aus allen seinen Kleidungsstücken das Futter herausriss und ass, angeblich um Flöhe in seinem Magen zu tödten; wenn das Futter alle war, verspeiste er Holzspähne aus dem Fussboden.

Ein anderer gerieth in Zorn, wenn er seinen eigenen Schatten sah; eine andere fuhr scheinbar wüthend auf jeden Eintretenden zu, aber nur, um einen Zipfel seiner Kleidung zu berühren; dann setzte sie sich wieder theilnahmlos in ihre Ecke.

Als körperliche Zeichen der Hebephrenie kommen vor: Steigerung der Kniereflexe, Steigerung der vasomotorischen Reflexe (Dermatographie), Steigerung der mechanischen Nervenerregbarkeit (Facialis-Phaenomen), Secretionsanomalien, wie hyperhidrosis, Seborrhoea oleosa und Speichelfluss; als complicirtere Phänomene Katalepsie und vereinzelt Krampfanfälle. Werthvoll ist von diesen Symptomen keines, als Stütze der Diagnose sind noch am ehesten Dermatographie, Speichelfluss und Katalepsie zu verwenden. Der Schlaf ist zu beachten, wenn er trotz täglicher Erregung eintritt, denn manisch erregte Kranke schlafen bekanntlich nicht.

Weit auffallender treten die genannten psychischen und somatischen Symptome auf bei der Katatonie oder dem Spannungsirresein, der bekanntesten und infolge ihrer symptomatischen Eigenheiten auch anerkanntesten Art des Jugendirreseins. Auch dieser Form erste Kenntniss verdanken wir Kahlbaum; seine Darstellung musste erweitert und ergänzt, brauchte aber im wesentlichen nicht corrigirt zu werden.

Von der Hebephrenie unterscheidet sich die Katatonie durch bestimmte motorische Symptome, durch schwerere Attaquen, die sogar organische Gehirnleiden vortäuschen können, durch Remissionen, welche, wie bei Paralyse, jahrelang dauern können und durch vereinzelte Heilungen. In der Mehrzahl freilich ist das Ende tiefe Verblödung.

Die ersten Erscheinungen sind auch hier gewöhnlich depressive: Unheimliche Sensationen, Kopfdruck, Kongestionen, wüste Träume, Funkensehen, Ohnmachten; bald wird der Irrsinn offenkundiger durch verwirrende oder erschreckende Hallucinationen, durch abenteuerliche Angst vor Grab oder Hölle, aufschiessende Wahnideen, die nicht selten Feindschaft gegen die Angehörigen oder jähe Gewaltacte veranlassen, Krampfanfälle oder seltsames Gebahren. Nach diesen mehrere Wochen oder Monate dauernden Prodromen entwickeln sich die specifischen Zustände, der katatonische Stupor und die katatonischen Erregungen.

Der katatonische Stupor ähnelt dem gewöhnlichen (Erschöpfungs- oder circulären) Stupor, bietet aber in rasch erreichter Vollentwicklung weniger das Bild motorischer Lähmung als das Bild starrer motorischer Gebundenheit, oft mit tonischen Haltungen und Gliederspasmen. Der Kranke liegt oder steht mit versteinerter Miene, die oft die gezwungenen Gesichtszüge des Apoll von Tenea oder der Aegineten annimmt, die Glieder an den Leib gestreckt oder in seltsamen statuenartigen Stellungen, er spricht nicht, isst nicht, reagirt nicht auf Schmerzreize und zuckt oft nicht einmal mit den Lidern; jeder Einwirkung von aussen setzt sich ein elastischer Widerstand entgegen; vor dem Löffel mit Nahrung klemmen sich die Kiefer zusammen; beim Versuch ein Glied zu bewegen, wird dieses wie mit Federkraft festgehalten und schnellt bei Nachlass des Druckes in seine frühere Stellung zurück. Diese automatische Steigerung des katatonischen Beharrungstriebes zum elementaren Widerstreben wird als Negativismus bezeichnet. Ein Theil der Kranken zeigt, statt Negativismus das umgekehrte Symptom, die Katalepsie. Die Glieder federn nicht in die frühere Stellung zurück, sondern behalten, einem Bleidraht ähnlich, jede gegebene Stellung bei.

Ab und zu wird nun diese Gebundenheit von unerwarteten Impulsen durchbrochen, der Kranke hebt beide Arme hoch, oder er stellt sich plötzlich aufrecht im Bett — sogenannte activkatatonische Bewegungen — oder er ruft nach tagelanger Stummheit einem Nachbarkranken ein Schimpfwort zu, oder er begeht irgend einen brüsken Gewaltakt. Diese aus langem und tiefen Stupor ab und zu hervorbrechenden motorischen Aeusserungen sind für die Diagnose äusserst werthvoll. Hallucinationen können die Ursache solcher Eruptionen sein, brauchen es aber nicht. Ein Kranker, der einem andern plötzlich die Urinflasche ins Gesicht warf, äusserte, wieder besonnen geworden und um Verzeihung bittend, er habe es thun müssen, es sei so über ihn gekommen.

Die Erregungen kennzeichnen sich vor anderen, etwa manischen, vor allem durch die Neigung zu stereotypen nnervationen in Wort und Bewegung. Die Kranken wiegen

sich rhytmisch hin und her, wie Idioten zu thun pflegen, sie trotten, wie ein Bär im Käfig, auf und ab, oder sie schreiten bestimmte Figuren (Kreise, Vierecke u. a.) ab. Auffälliger treten Stereotypien beim Schreiben oder Reden hervor. Die Kranken gebrauchen beim Schreiben alle Augenblicke dasselbe Wort, setzen nach jeder Silbe ein bestimmtes Zeichen, oder sie variiren unaufhörlich dasselbe Wort, sie verbigeriren. Einen Kranken hörte ich stundenlang das ABC. nach der Melodie „Mit meiner Mandoline" absingen. Es ist als ob die Kranken von irgend einer Innervationsschablone besessen seien.

Eine häufige, sowohl stuporösen wie erregten Zuständen zukommende Eigenheit ist eine bestimmte Suggestibilität in Haltung, Wort und Handlung, Katalepsie, Echopraxie und Echolalie genannt, Symptome von ungleicher Bedeutung. Während man nämlich Katalepsie auch bei Imbecillität und in Stuporzuständen anderweiter Herkunft findet, tritt die Erscheinung vorgemachte Gesten (Echopraxie) oder vorgesprochene Worte zu wiederholen (Echolalie) hauptsächlich bei Katatonie hervor: Ein Stupor mit Echopraxie ist fast sicher katatonisch. Ueberhaupt verräth sich der Katatoniker mehr als irgend ein anderer Kranker, durch sein unnatürliches monströses Gebahren, durch jene schon erwähnte Vorliebe für Phrase in der Rede, Pose in der Bewegung, die aber hier noch zwangsmässiger und noch mehr von allem Natürlichen abweichend als bei Hebephrenie auftritt. Ich kannte eine sehr gebildete Kranke, die sich wochenlang tänzelnd, schwebend, mit Armen und Schultern flatternd und dabei süsslich lächelnd oder die Augen verdrehend, umherbewegte; sie verblödete sehr rasch. Ein anderer Kranker, ein Student der Rechte und Corpsstudent, stand anhaltend in steifen Theaterposen, warf den Kopf zurück, rollte die Augen, ahmte Raubvogelstimmen nach, überfiel Mitkranke mit Fechterhieben und declamirte mit Pathos:

> „— — Ich hatte einst im Kampf die Sonne, den Mond und die Erde überwunden, ich glaubte doch, ich bin gesund, denn ich überwand die Erde, ich bekam einen Trunk von Milch und Wasser von Herrn Dr. N. Da badete ich mich im Racheblut, im Blut des Rachebacillus. Nein das ist nicht einmal wahr, der hat mir seinen Tod eingeathmet,

seitdem athme ich den Tod immer selber wieder ein. Wie geht es ihm übrigens? u. s. f.

Aus solchen Erregungen mittleren Grades oder mitten aus dem Stupor heraus können nun schwere, furibunde Attaquen gewitterartig hervorbrechen, welche am besten als katatonische Delirien bezeichnet werden: unheimliche Erregungen bei stark getrübtem Bewusstsein, mit einem, meist stummen Bewegungsdrange, mit Umsichschlagen, Wälzen, Schnaufen und mit gefährlichsten Selbstverletzungen. Ich habe es erlebt, dass ein Kranker im Bett hochsprang und mit dem Kopfe voran sich auf den Boden stürzte. Eine Erinnerung daran fehlte. Statt der Delirien können Krampfanfälle tetanie- oder epilepsieartigen Characters auftreten. Selten sind Benommenheitszustände mit Andeutung aphasischer Störungen.

Körperliche Symptome sind bei Katatonie häufiger als bei Hebephrenie: ausser den dort genannten lassen sich beobachten Analgesie, Mydriasis und Spasmen. Alle drei sind von grösserer diagnostischer Bedeutung als die bei Hebephrenie genannten. Bei Frauen verschwinden im Beginne oder für die Dauer der Krankheit häufig die Menses oder werden seltener. Laien machen dann natürlich das Ausbleiben der Periode für die Psychose verantwortlich.

Der Ausgang der Katatonie ist nach Kräpelin in $^1/_5$ der Fälle Heilung, die aber angesichts möglicher Remissionen immer mit Reserve anzunehmen ist, in $^1/_3$ leichter, in den übrigen Fällen tiefer Blödsinn. Der endgiltige Eintritt desselben kündigt sich gewöhnlich durch auffällige Zunahme des vorher gesunkenen Körpergewichtes bei gleichbleibender oder gar noch zunehmender Geistesschwäche an.

In der Anstalt fallen katatonisch Verblödete durch oft gedunsenes Aussehen, durch grosse Trägheit und durch stereotype Bewegungen oder Gewohnheiten auf.

Eine pathologische Anatomie dieses schweren, gelegentlich mit Krämpfen, Delirien und Bewusstseinstrübungen einhergehenden und zu den tiefstmöglichen Graden der Verblödung führenden Krankheitsprocesses fehlt noch völlig. Nur Nissl's grosser Detailkenntniss scheinen sich subtile, als krankhaft anzusehende Rindenveränderungen erschlossen zu haben. Vor-

läufig also müssen wir trachten, ätiologische Gesichtspunkte am Lebenden zu gewinnen.

Wir haben also drei verwandte Krankheitsprocesse kennen gelernt mit gemeinsamen Symptomen und gemeinsamem Ausgang: die einfache Demenz, eine einfache Atrophie gewisser geistiger Fähigkeiten, die Hebephrenie, ein Verblödungsprocess unter Erregungszuständen und endlich die Katatonie, die von allen unter den heftigsten und eigenartigsten Symptomen einhergehende Krankheit. Zwischen allen bestehen fliessende Uebergänge; als gemeinsame, als Leitsymptome der Diagnose erkannten wir 1. eine eigenartige Verworrenheit in Rede, Schrift und Gebahren, 2. die Neigung zur Production bizarrer Innervationsanomalien in Gang, Geste, Miene und Gewohnheit, in Neigung zum Gestikuliren und Grimmassiren, 3. Urtheilsschwäche, 4. Den Ausgang in eine eigenartige Demenz. Diese gemeinsamen Grundeigenschaften und die fliessenden Uebergänge nöthigen uns, die drei Formen als Abarten desselben Krankheitsprocesses aufzufassen. Von welchen Factoren es abhängt, ob die Krankheit in der einen oder anderen Form verläuft, wissen wir nicht.

Wenig sicheres wissen wir auch über die Ursachen der Gesammtkrankheit. Die wichtigsten ätiologischen Factoren sind zweifellos Heredität und Lebensalter. Erbliche Belastung liess sich in 70% der Fälle feststellen, das ist etwas weniger als bei Epilepsie und den heilbaren Psychosen des Jugendalters. Zum Lebensalter muss freilich einschränkend bemerkt werden, dass Verblödungsprocesse ähnlicher Art auch noch in späteren Lebensjahren auftreten können; ja die Katatonie scheint sich sogar noch im Climacterium entwickeln zu können. Gleichwohl bleibt die Prädilationszeit der Dementia praecox durchaus die Pubertät. Andere directe Ursachen, wie Lues, Alcohol, Infectionskrankheiten oder Trauma sind nicht erwiesen. Einen provocatorischen Einfluss haben bei Männern Militärdienst und Gefängniss, bei Weibern das puerperium. Ein ziemlicher Bruchtheil der Katatonien schliesst sich an Wochenbett oder Lactation an. Sicher ist die Mehrzahl der Fälle von sogenannter Melancholie oder stupor puerperalis mit Ausgang in Demenz der Frühverblödung zuzurechnen. Psy-

chische Traumata, Schreck, Sorge oder Liebesgram, aus denen die Dichtung ihre Psychosen herleitet, sind nur Gelegenheitsursachen, so häufig sich auch Jugendpsychosen an verirrte Leidenschaften oder gelöste Verlobungen anschliessen.

Bei solchem Mangel einer sicheren Aetiologie und pathologischen Anatomie lassen sich über das Wesen des Krankheitsprocesses selbst nur Vermuthungen aufstellen.

Die Hypothese, dass es sich hier um ein Versagen der Natur beim Uebergang in die Zeit der Vollreife handele, reicht höchstens für die leichtesten, meist ausserhalb der Anstalt verlaufenden Fälle aus. Aber bei den stürmisch verlaufenden, in Blödsinn endenden Fällen handelt es sich nicht um einen Stillstand, sondern um eine *Zerstörung* ganzer Functionsreihen des psychischen Organismus durch Fluten schädigender Agentien; ja manche mit Benommenheit, Schweissausbrüchen, Mydriasis und Delirien einhergehende Katatonien drängen geradezu die Vermuthung auf, dass es sich hier um irgend einen *toxischen* Process im Organismus handele auf dem Boden eines durch Belastung und die vermehrten Reize und Ansprüche der Entwickelungsjahre geschwächten Nervensystems. Nicht zu vergessen ist freilich, dass man heute alles was man nicht decliniren kann, als Autointoxication ansieht; hier jedoch müssen wir ein Agens annehmen, *dessen Angriffspunkte in erster Linie die höchstentwickelten Schichten der Hirnrinde sein müssen.* Denn gerade die höchsten psychischen Fähigkeiten sehen wir immer, und bei den einfach dementen Formen allein, zu Grunde gehen; während alle somatschen und meist auch die niederen psychischen Functionen oft dauernd erhalten bleiben.

Welche therapeutische Forderungen lassen sich nun auf diesen äthiologischen Betrachtungen aufbauen?

Die Hauptursachen, Erblichkeit und Pubertät können natürlich nur prophylactisch in dem Sinne mahnen, das Maass der Schul- und Lebensanforderungen an das Gehirn, möglichst den persönlichen Fähigkeiten anzupassen. Man denkt selten daran, welchen Affectangriffen, welchen intectuellen Anstrengungen gerade in diesen gefährdetsten Jahren ein unzulänglich ausgestattetes Gehirn durch die vielfachen Anforderungen der

Schule und der Gesellschaft ausgesetzt ist. Zu fordern ist Schutz derjenigen Gehirne, welche zu versagen scheinen.

Aus der Annahme, dass es sich um eine Selbstvergiftung handeln könne, hat sich bis jetzt noch keine zuverlässige Therapie ergeben. Zumal sind alle auf die Organotherapie gesetzten Hoffnungen fehlgeschlagen. Durchaus rationell dagegen erscheint es ev. durch physicalische Mittel, also Schwitzpackungen, feuchte Packungen und gelinde Kaltwasserproceduren, das Ausscheidungsvermögen des Körpers in Schweiss und Urin zu steigern. Acute oder gefährliche Erregungen, seien sie sich selbst oder anderen gefährlich, erfordern natürlich Anstaltsbehandlung, deren Besprechung hier unnöthig ist.

Dagegen sind eingehende therapeutische Erwägungen wieder am Platze, dann und bei den Fällen, welche nach Ablauf der Sturmfluthen das Bild ruhiger und im wesentlichen ungestörter Demenz darbieten. Sie sind infolge guter Erhaltung der früher erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in beträchtlichem Maasse wiedererziehungsfähig, wenn sie zu einer rationellen Beschäftigung angehalten werden. Die schweren Formen machen allerdings durch Trägheit und Stumpfheit grosse Schwierigkeiten, leichtere hingegen sind recht gut zu mechanischem Handwerk, zu Schreiberarbeiten u. a. zu verwenden, resp. abzurichten. Zum grossen Theile recrutiren sich aus solchen Kranken die Arbeitskräfte der Irrencolonien. Für viele, namentlich früher gebildete Kranke ist Rückkehr zur Familienpflege oder zu einer leichten Beschäftigung, natürlich unter sachkundiger Aufsicht, nicht nur möglich, sondern sogar indicirt. Dass eine kluge Erziehung aus anscheinend Blödsinnigen noch eine Menge nur versandeter Fähigkeiten wieder auszugraben vermag, ist jedem Irrenarzt bekannt.

Handelt die Therapie zunächst im Interesse des Kranken selbst, so ist die Frage, welche bei Ausbruch einer Psychose die Familie am ersten interessirt und deren Beantwortung sie billiger Weise verlangen darf, die Prognose, und da diese nur mit der Diagnose gegeben sein kann, müssen wir nun noch die Differential-Diagnose besprechen, soweit sie noch nicht erwähnt wurde. Natürlich können wir nur die wichtigsten Krankheiten berücksichtigen; denn strenggenommen, wären nicht nur die

möglichen Psychosen, sondern auch Neurosen, Intoxicationen und die der Pubertät normaler Weise eigenthümlichen Affecte zu berücksichtigen. Namentlich in Liebesaffären können zu dieser Zeit Affecte apathischer oder erregter Natur zu Tage treten, die oft schwer von Krankheit zu unterscheiden sind.

Den Vorläufererscheinungen der Dementia praecox (Abspannungsgefühl, Angstanfälle, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz u. a.) gegenüber kommen Neurasthenie und Hysterie, die ja nicht selten in der Pubertät anheben, in Betracht. Verdächtig auf Frühverblödung sind seltsame hypochondrische Klagen. Dass selbst Vergiftungen zu berücksichtigen sind, zeigte mir ein Hebephrene, dessen Anfangssymptome als Bleivergiftung gedeutet und behandelt waren, weil er Schriftsetzer war.

Die Gesammtheit der im Pubertätsalter häufiger vorkommenden Psychosen lässt sich nun am übersichtlichsten in sogenannte organische und unorganische, letztere in unheilbare und heilbare, letztere endlich in Periodische und Transitorische (das heisst atypische exogene Psychosen von kurzer Dauer) eintheilen.

Von organischen Psychosen muss trotz ihrer Seltenheit im Jugendalter doch die Paralyse in Betracht kommen. Ich entsinne mich einer 23 jährigen Frau, welche sich durch Sprachstörung und eine bei Hebephrenie kaum vorkommende Form schlaffer, gedankenloser Euphorie als Paralyse zu erkennen gab: körperliche Symptome fehlten. Häufiger müssen wir diese Differential-Diagnose stellen, bei den seltenen Spätformen der Dementia praecox. Hier entscheidet häufig jene oben beschriebene stereotype Form der Verworrenheit für Dementia praecox, wenn nicht etwa körperliche Symptome der Paralyse vorhanden sind. Immerhin muss entgegen einer verbreiteten Anschauung betont werden, dass wir meistens im Stande sind, ohne körperliche Zeichen und lediglich auf psychischem Wege die Differential-Diagnose, ob Paralyse oder nicht, zu stellen. Die erwähnte Spätform der Dementia praecox kann Verwechslung, selbst mit Herderkrankungen des Gehirns veranlassen, z. B. entsinne ich mich eines solchen Kranken, dessen spärliche und dann leicht verworrene Rede bei ziemlich geordnetem Gebahren als Aphasie aufgefasst worden war.

Von nicht organischen, unheilbaren Psychosen bleiben die Paranoia und zum Theil die Epilepsie, beides wichtige Differential-Diagnosen, letztere wegen der auch bei Dementia praecox vorkommenden Krampfanfälle. Die Epilepsie kann zwar einen frühen Schwachsinn zeitigen, hat aber dann anamnestisch Krampfanfälle in grösserer Zahl aufzuweisen. Katatonische Krampfanfälle treten solitär auf. Der epileptische Schwachsinn ist an seinem plumpen, umständlichen, tückischen Wesen leicht zu erkennen. Die typische Aeusserungsform des Epileptikers ist ein ungelenkes, unbeholfenes, an Concretem armes Gerede, dass sich immer um einen Punkt dreht. Ausserordentlich schwer sind dagegen katatonische Delirien und epileptische Dämmerzustände zu unterscheiden: ihre feinen Unterschiede in knappen Worten zu beschreiben, ist unmöglich: Analgesie, starres, traumgebundenes Wesen, brüske Impulse, schreckhafte Hallucinationen, alles kann sich gleichen. Die Differental-Diagnose ist der Therapie wegen wichtig, gefährlich sind sie beide. Der Gesichtspunkt der Gefährlichkeit ist es auch, welcher die Differential-Diagnose zwischen Paranoia und Hebephrenie zu einer unter Umständen recht verantwortungsvollen macht. Auf Unterscheidungsmerkmale bezüglich des Auftretens und des Verhaltens gegen die eigenen Wahnideen, habe ich schon (S. 10) aufmerksam gemacht. Die Consequenz und Energie, mit der ein mir bekannter, paranoischer Leutnant seine wahnhaften Interessen verfolgte — er hielt sich für einen illegitimen Sohn des Königs von Sachsen — bereitete seiner Familie fatale Verlegenheiten. Ein hebephrenischer, pseudo-Paranoiker hingegen, der sich für den „griechischen Mann“ der Königin hielt, was das ist, wusste er selbst nicht, liess sich seine Wahnideen ruhig abstreiten und that nichts für sie; ferner fehlt dem Paranoiker stets das Krankheitsgefühl, das als Gefühl von Leere und Verworrenheit nicht selten bei Verblödeten vorhanden ist; es fehlen ihm auch jene Verworrenheiten und Albernheiten, die den Hebephrenen zum „Verrückten“ im Laiensinne stempeln. Die Feststellung der Demenz allein genügt nicht, da ja auch von Hause aus Imbecille paranoisch erkranken können. Wesentlich entscheidend ist die Manifestationsart der Wahnideen.

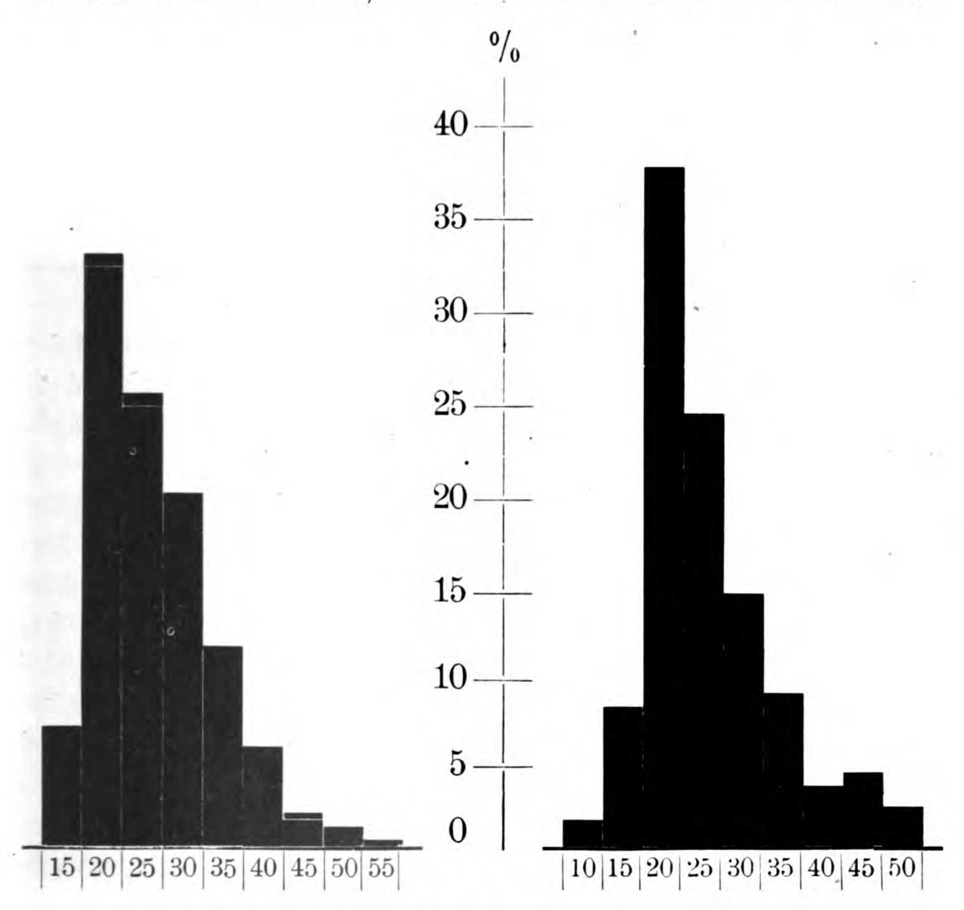
Von grösster Tragweite kann, zumal bei weiter ausschauenden Familienplänen (Verlobungen, Carrière u. a.) die Entscheidung zwischen Frühverblödung und heilbarer Psychose sein — oder sollte es wenigstens sein. Thatsächlich freilich ist das Bedürfniss nach einer zuverlässigen Prognose sowohl beim Publikum als auch beim Hausarzte dem heutigen Stande unserer Wissenschaft nicht entsprechend, trotzdem häufig schon in den ersten Anfängen ein sicherer Ausblick ob heilbar oder nicht möglich ist.

Als heilbare Psychosen kommen am häufigsten die als affective oder als Gemütsleiden im engeren Sinne zu bezeichnenden in Betracht, Melancholie, Manie und Stupor. Alle 3 haben trotz scheinbar grösster äusserer Unterschiede doch wesentliche Gemeinsamkeiten: 1. dass sie zumeist ohne zureichende Ursache auf dem Boden erblicher Belastung erwachsen, 2. dass sie nach begrenzter Dauer (etwa 1/2 bis 1 Jahr) in Heilung ausgehen, 3. dass sie meist mehrmals im Leben wiederkehren, 4. dass sie bei Wiederkehr abwechseln oder einander vertreten, ja dass sie sich, wie Kräpelin und seine Schüler zeigten, sogar vermischen, dass sich z. B. manische und depressive, manische und stuporöse Züge mischen können: Sie sind also als psychotische Aequivalente aufzufassen und demnach prognostisch gleich zu beurtheilen.

Die Prädilectionszeit dieser Psychosen ist wie die der Dementia praecox die erste Hälfte des 3. Lebensjahrzehnt. Der Vergleich von 2 Kräpelins Lehrbuch entlehnten Tabellen (S. 25) zeigt graphisch dargestellt die Wichtigkeit gerade dieser Differential-Diagnose.

Wenn wir also Melancholie oder Manie oder reinen Stupor diagnosticiren können, so heisst das, der oder die Kranke wird nach $^1/_2$—1 Jahr gesund, bedarf aber nach Heilung fortgesetzter Schonung, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung nach Kräften zu vermindern. Die leichten und mittleren Grade dieser vorwiegend affectiven Zustände sind unschwer zu erkennen. Das tiefe Wehgefühl, die verzweifelte Angst des Melancholikers, die natürliche Ausgelassenheit, die explosive Stimmung des Maniacus, die gleichmässige Verlangsamung aller motorischen Functionen beim Stupor, stechen leicht gegen die, von Anfang an

mit einem gewissen Schwachsinn, mit Stumpfheit und mit Neigung zu Absurditäten einhergehenden hebephrenischen Zustände ab. Allerdings kann auch die Melancholie schwachsinnig zu nennende Klagen, oder Selbstanklagen äussern, aber nur in höchster Angst, auch die Manie kann verworren werden in Rede und Benehmen, aber nur bei *hoher motorischer*



Relative Häufigkeit

der Dementia praecox	des manisch-depressiven Irreseins (Melanch., Manie, Stupor)

in verschiedenen Lebensjahren. (Nach Kräpelin.)

Erregung und selbst dann sind in der Rede verbindende, äussere Wortassociationen nach *Klang* oder *Reim* wahrzunehmen; der Hebephrene oder der Katatoniker aber ist *selbst in der Ruhe verworren* und dissociirt. Für Manie sah ich manch-

mal die natürliche Behendigkeit der Bewegungen, das schalkhafte, klownhafte des ganzen Wesens die sonst schwierige Diagnose entscheiden. Tiefer Stupor kann dem katatonischen Stupor täuschend ähnlich sein, es fehlen jenem aber die seltsamen impulsiven Bewegungen dieses: vor allem sind die Bewegungen des Stuporösen gleichmässig verlangsamt und Folgen sichtlicher Intentionen, dagegen erfahren begonnene Bewegungen des Katatonikers häufig eine plötzliche gänzlich unverständliche „Sperrung" oder Ablenkung. Kataleptisch aber und schmerzunempfindlich kann auch der echte Stupor scheinen.

Schwierige Complicationen erfährt die Diagnose, wenn von Haus aus Schwachsinnige manisch oder melancholisch werden, weil hier das wichtige Merkmal des Schwachsinns, d. h. der auch in ruhigen Zeiten bestehenden Urtheilsschwäche fortfällt. Der im Verlaufe der Dementia praecox sich erst entwickelnde Schwachsinn, ist hier also der Boden, auf welchem die Krankheitserscheinungen einer Manie oder einer Depression erwachsen. Hier also bleibt die Geistesschwäche in allen Stadien dieselbe, dort entsteht und wächst sie bei längerer Beobachtung. Das Symptom des läppischen und albernen Gebarens, das man früher für besonders hebephrenisch hielt, erweist sich hier als unbrauchbar; denn ein Imbecill-manischer benimmt sich in der Regel läppisch und kindisch; trotzdem lässt er bei genauer Beobachtung die Symptome der echten Manie nicht vermissen, also die immer expansive, zu Lust oder Zorn gesteigerte Stimmung, die Ideenflucht, d. h. die Neigung zu äusseren (Reim- und Klang-) Associationen in Rede und Schrift, eine gewisse Natürlichkeit in den Aeusserungen des Bewegungsdranges und die Schlaflosigkeit.

Wird ein Imbeciller melancholisch, so können schwachsinnige Selbstanklagen oder stereotype Affectäusserungen, welche auf der Vorstellungsarmuth des erkrankenden Gehirns beruhen, zur Fehldiagnose Dementia praecox verleiten; aber der Melancholiker ist consequent in seinem Affect, bei stereotypem Gebahren besteht gewöhnlich tiefe, verzweifelnde Verstimmung, die Nahrungsaufnahme ist vermindert und ev. dem Grade der Verstimmung entsprechend verweigert und es fehlen

die Zeichen jener die Dementia praecox charakterisirenden Verworrenheit.

Von den sog. transitorischen Psychosen kommen am häufigsten jene halluc. Verwirrtheitszustände in Betracht, wie sie nach wirklicher Erschöpfung oder nach psychischen Traumen Belastete befallen. Die echten Erschöpfungspsychosen, der Puerperal — oder Lactationsstupor oder Amentia kennzeichnen sich durch die bei Hebephrenie selten zu beobachtende Desorientirung, Rathlosigkeit und eine gewisse Besonnenheit. Ich erinnere daran, dass gerade Katatonie sich nicht selten an das Wochenbett anschliesst.

Die auf dem Boden schwerer Belastung entstehenden, meist hallucinatorischen Psychosen, zu denen auch Magnan's délire d'emblée zu rechnen ist, sind noch zu wenig selbst bekannt, um sichere differentielle Merkmale erkennen zu lassen. Ein Theil dieser namentlich in Grossstädten häufigen Zustände ist sicher als hysterisch aufzufassen. Ich habe Fälle erlebt, welche namentlich in den Erscheinungen der Befehlsautomatie, also Katalepsie, Echolalie, Echopraxie, sogar in einer gewissen Redeverworrenheit katatonischen Zuständen nahe kamen. Von letzteren scheinen sie sich dadurch zu unterscheiden dass sie sich durch hervorgerufene Affecte oder durch Beobachtung lebhaft beeinflussen lassen. Auch lassen sie trotz theatralischen, überschwänglichen Wesens die Zeichen geistiger Schwäche und primärer Verworrenheit vermissen. Das Merkwürdigste dieser Art war die Psychose einer Dame, welche zeitweise den katatonischen Stupor naturgetreu darstellte, und doch war Copirung eines etwa gesehenen Musters nicht nachzuweisen: Sie bot Maskenstarre des Gesichts, Stummheit, plötzliches Auflachen, Negativismus, Nahrungsverweigerung, sie hielt den Athem an, sammelte den Speichel und liess ihn pfützenweise auf den Boden laufen u. a. Die Psychose heilte sehr rasch; sie musste nach Verlauf und der dauernden Intactheit der Intelligenz als hysterisch aufgefasst werden.

Uebrigens können schwere Hysterien mit häufigen hallucinatorischen Attaquen auch in ruhigen Zeiten den Eindruck von remittirenden Katatonien machen: Unfreies, etwas gehemmtes Wesen mit geringer geistiger Production bei erhaltener Arbeits-

fähigkeit, Mydriasis, Sehnenreflexsteigerung u. a. Ein Fall, dessen ich mich entsinne, wurde erst nach zwei Jahren durch einen hysterischen Dämmerzustand geklärt. Als sicherster Weg wird sich in so schwierigen Fällen immer eine continuirliche möglichst unbemerkte Beobachtung erweisen. Häufig klärt die Zeit, was einer minutiösen Untersuchung des gegenwärtigen Zustandes verborgen bleibt. Warnen möchte ich vor übergrosser Werthschätzung der sogenannten hysterischen Stigmata, also partielle Analgesien und Mangel von Schleimhautreflexen, falls sie nicht auffallend ausgeprägt sind. Zur Differentialdiagnose zwischen hysterischer und maligner Psychose sind sie wenig zu gebrauchen.

In therapeutischer Hinsicht ist natürlich diese Feststellung von grösster Wichtigkeit, da im ersteren Falle wesentlich psychotherapeutische Maassnahmen in Frage kommen.

Heynemann'sche Buchdruckerei Gebr. Wolff., Halle a. S.

Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als **psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen** besonders zu beachten?

Von

Professor Dr. **A. Hoche**
zu Strassburg i. E.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold
1902.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Cramer in Göttingen, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Professor Dr. Hoche in Strassburg, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medizinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Professor Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Prof. Dr. Ziehen in Utrecht

herausgegeben von

Dr. med. Konrad Alt,

Direktor und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe (Altmark).

III. Band, Heft 6.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1902.

Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten?

Von

Prof. Dr. **A. Hoche** zu Strassburg i. E.

Die Thatsache liegt vor, dass die praktischen Aerzte bei ihrer Thätigkeit als psychiatrische Sachverständige im Ganzen wenig Freude erleben und geringe Erfolge erzielen. Die Gründe dieser Erscheinung sind verschiedener Art. Ein äusserliches Moment welches die freudige Mitwirkung hemmt, die unbequeme Störung der Tagesdispositionen durch die in ihrer Dauer gewöhnlich unberechenbaren Gerichtsverhandlungen, so unangenehm es für einen vielbeschäftigten Mann ist, kann hier ausser Betracht bleiben, da es bei allen anderen nicht psychiatrischen Beziehungen zur Rechtspflege in gleicher Weise vorhanden ist und auch für andere Staatsbürger (als Zeugen, Schöffen, Geschworene) gilt. Einer anderen, gelegentlich vorhandenen Unannehmlichkeit, nämlich „schlechter Behandlung“ von Seiten der juristischen Leiter der Verhandlungen, kann sich der Sachverständige, der seines Stoffes Herr ist und die Rechte seiner Stellung kennt, auf Grund der unten näher zu besprechenden rechtlichen Bestimmungen sehr wohl erwehren; gelegentliche „Freundlichkeiten“ von Seiten eines Vertheidigers darf man nicht allzu tragisch nehmen; sie gehören manchmal zu seiner Rolle. Die wesentlichste Schwierigkeit liegt aber darin, dass der Mehrzahl der praktischen Aerzte die gerichtliche Psychiatrie ein fremdes Gebiet ist, auf dem sie sich nur unsicher und tappend bewegen. Wenn auch nicht zu bezweifeln ist, dass ein schlechter Arzt unter allen Umständen ein schlechter ärztlicher Sachverständiger sein wird, so lässt sich das Umgekehrte nicht mit gleicher Sicherheit behaup-

ten; es kann Jemand ein guter Arzt und doch als Sachverständiger vor Gericht unbrauchbar sein. Die Fragestellungen, um die es sich handelt, entsprechen so wenig den dem Arzte in seinem eigensten Gebiete geläufigen, so oft werden von ihm Aeusserungen von Gesichtspunkten aus verlangt, die seinen sonstigen Erwägungen ganz fern liegen, dass es eines besonderen technischen Wissens und Könnens bedarf, um auf diesem Grenzgebiete zwischen Medicin, speciell Psychiatrie und Rechtspflege nicht zu straucheln. Voraussetzung muss natürlich sein, dass der Arzt überhaupt von Psychiatrie etwas versteht. Die Besonderheit der Aufgaben, die dem praktischen Arzte als psychiatrischem Sachverständigen in der Strafrechtspflege zufallen, erfordert nicht, dass er ein specialistisches Wissen besitze — wie wäre das möglich bei den vielseitigen Anforderungen, die an ihn herantreten? — aber er muss soweit Bescheid wissen, dass er die Schwierigkeiten eines Falles zu erkennen, typische und einfache Psychosen zu beurtheilen vermag, und vor Allem, dass er die Grenze erkennt, bis zu der seine psychiatrische Zuständigkeit reicht, damit er rechtzeitig den Antrag auf die vom Gesetze vorgesehene specialistische Beobachtung in einer Irrenanstalt stellt.

Die unbefangene Beobachtung lehrt, dass die subjective Ueberzeugung von der eigenen Unfehlbarkeit in Beurtheilung zweifelhafter Geisteszustände gewöhnlich im umgekehrten Verhältniss steht zu dem thatsächlich vorhandenen Maass von Wissen und irrenärztlicher Erfahrung; die bestimmtesten Gutachten werden in schwierigen Fällen von Denjenigen abgegeben, die ganz im Vorhofe des Problemes stehen geblieben sind und gar nicht einmal wissen, in welchen Richtungen die eigentlichen Nöthe der Entscheidung liegen. Die kurzen Ausbildungscurse von einigen Wochen Dauer, die jetzt in Irrenanstalten für beamtete Aerzte oder solche, die es werden wollen, abgehalten werden, können genügen, um einen Einblick in die Schwierigkeiten der Behandlung psychiatrischer Fragen zu geben; psychiatrische Sachverständige gehen daraus noch nicht hervor. Wenn das so leicht und einfach wäre, wozu dann die gesetzlich gestattete Dauer von sechs Wochen zur Beobachtung zweifelhafter Fälle in staatlichen Anstalten?

Die Rolle des praktischen Arztes als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen ist gewissermaassen die eines ersten Filters; seine Aufgabe, mag er als Gefängnissarzt, als beamteter Arzt oder als nächste ärztliche Instanz in Frage kommen, ist es, die gegebenen Fälle zu sortiren, das zu erledigen, was einfach und durchsichtig ist, für die complicirteren Fälle aber das vorgeschriebene weitere Verfahren zu beantragen. Dabei darf er es nicht für unerlaubt halten, wenn er psychiatrisch unbewandert ist, überhaupt eine Beurtheilung abzulehnen; seine Vorladung als Sachverständiger kann er nicht verhindern, die Abgabe eines Gutachtens kann er nicht verweigern, ohne sich gesetzlicher Strafe auszusetzen; das Gutachten kann aber dahin gehen, dass er zur Beurtheilung abnormer geistiger Zustände nicht competent sei. Es ist merkwürdig, dass das so selten geschieht. Kein Arzt, der Specialist ist, würde es für eine Schande halten, seine Unzuständigkeit in fremden Specialitäten einzugestehen; kein Geburtshelfer wird eine Augenverletzung, kein Psychiater die Frage einer Uterusruptur in maassgebender Weise vor Gericht begutachten wollen: wie kommt es, dass für die oft unendlich schwierige gerichtliche Beurtheilung zweifelhafter Geisteszustände alle Welt zuständig ist? Die Ueberzeugung, dass dazu Fachwissen ebenso nöthig ist, wie etwa zur Schätzung der Tragfähigkeit einer Brücke oder zum chemischen Nachweis von Giften in Leichentheilen, ist noch lange nicht überall vorhanden; der Glaube an das maassgebende Urtheil des gesunden Menschenverstandes lässt bei Vielen den Gedanken an diese selbstverständliche Parallele überhaupt gar nicht aufkommen. Die Richter gehen allerdings vielfach von der heute noch irrigen Annahme aus, dass jeder Arzt in seinem Studiengange auch Psychiatrie gelernt habe.

Neben psychiatrischem Fachwissen in dem oben kurz gezeichneten Umfange muss der ärztliche Sachverständige einige gründliche Kenntnisse besitzen über die Bedeutung und Tragweite bestimmter Begriffe, die ganz eigentlich dem psychiatrisch-juristischen Grenzgebiete angehören. In strafrechtlicher Hinsicht gehört hierher die „Bewusstlosigkeit“, die „Zurechnungsfähigkeit“, die Frage der „freien Willensbestim-

mung" u. a. m.; im bürgerlichen Recht (vergl. E. Schultze, diese Sammlung Band III, Heft 1 und den von ihm bearbeiteten Theil meines Handbuches der gerichtlichen Psychiatrie) sind die Fragestellungen anderer Art. Wenn auch die civilrechtliche Sachverständigenthätigkeit nicht weniger verantwortungsvoll und einschneidend ist, so spielt sie sich doch mehr im Verborgenen ab; der Sachverständige ist nicht so oft genöthigt, öffentlich, vor Zeugen, Geschworenen, Berichterstattern rasch zu neu auftauchenden Fragen Stellung zu nehmen, in freier Rede seinen Standpunkt zu vertreten. Gerade diese exponirte Stellung des psychiatrischen Sachverständigen im Strafverfahren macht es in seinem Interesse nothwendig, dass er sich über die Principien der von ihm verlangten Beurtheilung vollkommen klar, seines Wissens darüber ganz Herr ist, damit er nicht unter dem Eindruck der Verhandlung oder unter dem Einfluss richterlicher Fragestellungen in's Wanken geräth. Der psychiatrische Sachverständige trägt vor Gericht nicht nur seine eigene Haut zu Markte; die Oeffentlichkeit sieht in ihm den Vertreter einer Wissenschaft und beurtheilt in menschlich verständlicher Weise nach dem Individuum das Ganze; macht der Sachverständige Dummheiten, so heisst es nicht: „Dr. N. N. versteht nichts", sondern: „die Psychiatrie hat sich blamirt". Das Wissen um diese Sachlage sollte genügen, um das Verantwortungsgefühl bei gerichtlicher Thätigkeit auf das Lebhafteste zu schärfen. —

Die nachfolgende kurze Darstellung wird der Reihe nach zunächst die erwähnten principiellen Grenzbegriffe, sodann die Rechte und Pflichten des psychiatrischen Sachverständigen in Strafsachen erörtern und endlich Rathschläge geben in Bezug auf die Technik des schriftlichen und mündlichen Gutachtens. Natürlich wird in dem Rahmen dieser Aufgabe keine Vollständigkeit erstrebt; zur genaueren und eingehenderen Orientirung verweise ich auf die von Aschaffenburg und mir bearbeiteten Abschnitte des vorhin erwähnten Handbuches; es sollen hier in erster Linie solche Punkte besondere Berücksichtigung finden, die erfahrungsgemäss dem praktischen Arzte in der Beurtheilung dunkel, und schwierig in der Handhabung zu sein pflegen. —

Grundbegriffe.

Den Angelpunkt jeder strafrechtlichen Begutachtung zweifelhafter Geisteszustände bildet § 51 des Strafgesetzbuches:

„Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.“

Die Bedeutung und Tragweite der einzelnen Begriffe dieses Paragraphen, in dem beinah jedes Wort seine Geschichte und Litteratur besitzt, muss dem ärztlichen Sachverständigen jederzeit gegenwärtig sein.

Die practischen Folgen, welche die Fassung der ersten sechs Worte, (dass eine strafbare Handlung „nicht vorhanden“ ist), nach sich zieht, interessiren mehr den Juristen und eine künftige Gesetzgebung, als den practischen Sachverständigen; sie können hier ausser Betracht bleiben.

Wir treffen dann weiterhin die Bezeichnung: „Bewusstlosigkeit“. Es ist damit nicht gemeint eine völlige Aufhebung des Bewusstseins, wie wir sie etwa in tiefer Ohnmacht oder während eines classischen epileptischen Anfalles voraussetzen; in diesem Sinne hätte der Satz gar keinen Sinn, da in solchem Zustande von „Handeln“ überhaupt nicht die Rede ist, und höchstens ein zufälliges Anrichten von Unheil (z. B. im Fallen oder Umherwerfen) in Frage käme.

Der Relativsatz, „durch welchen ......“, der sich seiner Fassung nach auch auf den Zustand von Bewusstlosigkeit bezieht, engt den Begriff der Bewusstlosigkeit auf den für die practische Handhabung brauchbaren Umfang ein; straffrei sind Handlungen, wenn das Bewusstsein des Thäters soweit verändert war, dass das Vorhandensein einer freien Willensbestimmung nicht angenommen werden konnte. Der ärztliche Sprachgebrauch redet, um die verschiedenen Veränderungen des Bewusstseins zu bezeichnen, von „Trü-

bung", „Umneblung", „Aufhellung" desselben; der forensische Begriff der Bewusstlosigkeit entspricht in dieser Sprechweise einer „Bewusstseinstrübung", die soweit geht, dass sie die Voraussetzungen des § 51 des St.-G.-B. erfüllt. Dasjenige an bewussten Vorgängen, was dabei in erster Linie Veränderungen zeigt, ist das „Selbstbewusstsein" d. h. das Bewusstsein des eigenen Ich in seinen örtlichen, zeitlichen und sonstigen Beziehungen zur Aussenwelt; ist das Bewusstsein dieser Beziehungen, das im normalen Zustande unser Handeln regulirt, aufgehoben oder beeinträchtigt, so bringt eine Handlung nicht das freie Wollen des Individuums zum Ausdruck, und soll deswegen nach dem Willen des Gesetzes nicht zugerechnet werden.

Der § 51 sagt nicht, dass diese Veränderungen des Bewusstseins krankhafter Art sein müssen, und in der That ist nur ein Theil der Zustände, die hier praktisch in Betracht kommen, im medicinischen Sinne pathologisch; bei diesen letzteren steht es bis zu einem gewissen Grade im Belieben des ärztlichen Sachverständigen, ob er sie als „Bewusstlosigkeit" oder als „krankhafte Störung der Geistesthätigkeit" bezeichnen will.

Von den nicht eigentlich krankhaften Zuständen von „Bewusstlosigkeit", die im Sinne des Gesetzes in Frage kommen, ist zunächst zu erwähnen die acute Alkoholvergiftung. Die Erfahrung lehrt, dass die Richter bei Trunkenheit nicht leicht den § 51 heranziehen; es muss dazu schon eine vollkommen sinnlose Betrunkenheit vorliegen. In Anwendung gezogen wird bei der Strafabmessung wohl das System der mildernden Umstände, auf dessen Mängel wir unten noch kurz zurückkommen müssen; die Mitwirkung des ärztlichen Sachverständigen wird in Fällen gewöhnlichen Rausches in der Regel nicht gesucht, da die Beurteilung desselben die Grenzen der juristischen Zuständigkeit nach der Meinung der Richter nicht überschreitet; dass diese Annahme sehr oft irrig ist, beweist die Häufigkeit, mit der schwere Rauschzustände ein Zeichen von Epilepsie darstellen. —

Weiterhin kann die Erregung in heftigen Affekten eine solche Höhe erreichen, dass die Frage berechtigt erscheint,

ob in diesem Zustande das Selbstbewusstsein soweit ungetrübt war, dass von einem freien Willen des Individuums die Rede sein kann. Auch hierbei wird die ärztliche Begutachtung nur ausnahmsweise verlangt — wiederum mit Unrecht, da wir jetzt wissen, dass die hohen Grade von Affekterregung mit Bewusstseinstrübung nur vorkommen, wenn das Gehirn in irgend einer Weise (Epilepsie, Alkoholismus, Trauma) krankhaft verändert ist. —

Zur Bewusstlosigkeit im Sinne des § 51 sind weiter zu rechnen, die Zustände von Schlaftrunkenheit und von Nachtwandeln; beides spielt verhältnissmässig selten praktisch eine Rolle; die meisten hierher gerechneten Fälle gehören in das Krankheitsgebiet der Epilepsie. Die Bewusstlosigkeit in Folge hypnotischer Einwirkungen zu begutachten, ist eine Aufgabe, die der praktische Arzt ohne Weiteres ablehnen soll und darf; es gilt dies ja auch für diejenigen Specialärzte für Nerven- und Geisteskrankheiten, die auf diesem Gebiete nicht eigene ausgedehnte Erfahrung besitzen, und deren Zahl ist nicht allzu gross. Begutachtung auf Grund blosser litterarischer Studien muss als durchaus unzulänglich gelten. Die Bewusstlosigkeit in Narkose, die kaum für eigenes Handeln, wohl aber beim Erleiden unerlaubter Eingriffe in die körperliche Integrität (Nothzucht, unsittliche Handlungen) in Frage kommt, macht keine Schwierigkeiten für die Beurtheilung.

Ob die abnormen Bewusstseinszustände der Gebärenden mit einer nennenswerthen Häufigkeit die Voraussetzungen des § 51 erfüllen, muss dahingestellt bleiben; (das Gesetz trägt ausserdem bekanntlich der besonderen Gemüthsverfassung unehelich Geschwängerter in § 217 mit milderer Strafe Rechnung).

An krankhaften Zuständen von Bewusstlosigkeit sind zu nennen die Delirien bei Schmerz, Erschöpfung, fieberhaften oder infektiösen Erkrankungen und vor Allem die epileptischen und hysterischen Anfälle und Dämmerzustände. Neben dem Nachweis der Grundkrankheit sind hier, wie bei den vorhergenannten Zuständen die allgemeinen Kennzeichen des im Sinne des Gesetzes „be-

wusstlosen“ Handelns aufzusuchen und dem Richter in Anwendung auf den besonderen Fall zu demonstriren.

Da dieser Punkt dem ärztlichen Sachverständigen erfahrungsgemäss in der Bewusstseinsfrage häufig Schwierigkeiten zu machen pflegt, sei er hier etwas genauer erörtert.

Zunächst ist daran festzuhalten, dass ein im gedachten Sinne „bewusstloses“ Handeln sehr wohl den Anschein des Bewussten, Planmässigen, Ueberlegten, haben kann; Fälle aus dem Krankheitsgebiete der Epilepsie sind in dieser Hinsicht ganz beweisend, Fälle, bei denen Kranke in epileptischen Dämmerzuständen komplicirte Handlungen unternommen haben, ohne wesentlich aufzufallen, oder doch mehr als etwa den Eindruck der Angetrunkenheit zu machen. Das ist das eine Extrem; das andere wird repräsentirt durch solche Fälle, bei denen die Sinnlosigkeit des Thuns, das völlige Ignoriren der Sinneswahrnehmungen aus der Umgebung, die unbefangene Missachtung der persönlichen Gefahr, ja von gröberen Verletzungen des eigenen Körpers ohne Weiteres eine Handlung als eine nicht „bewusste“ erkennen lassen. Zwischen diesen beiden Extremen finden wir zahllose Abstufungen in dem Aussehen des Benehmens im Zustande veränderten Bewusstseins, bei dessen Beschreibung in den Zeugenaussagen einige Kennzeichen, die natürlich je nach den Umständen wechseln, häufiger wiederkehren: geistesabwesender Ausdruck des Gesichtes, leerer oder starrer Blick, auffallende Blässe oder Röthe des Gesichtes, Zittern der Hände, abgerissenes vor sich hinsprechen oder Lallen, maschinenmässiger Charakter der Bewegungen u. dgl. mehr. Es darf dabei nicht übersehen werden, dass ein Theil dieser Aeusserlichkeiten, wie Zittern und Farbewechsel, auch bei gewöhnlichen Affekthandlungen vorkommt. Ein deutlicher Fingerzeig für die Auffassung des Bewusstseinszustandes in einem bestimmten Zeitabschnitt kann auch in der Form des Abschlusses der betreffenden Episode liegen, wenn z. B. unmittelbar im Anschluss an vielleicht schwere kriminelle That, wie Mord oder Nothzucht, ein Zustand tiefen Schlafes eintritt, oder in der Art und Weise, in der der Thäter auf die erste Confrontation mit den Folgen seines Verbrechens reagirt. Das fassungslose Erstaunen oder

das nicht gespielte ehrliche Entsetzen über das Geschehene kann den Beweis liefern, dass die That dem Selbstbewusstsein ferngeblieben war.

Nicht immer liegen solche Anhaltspunkte vor, und es handelt sich darum, nachträglich aus der Vernehmung und Untersuchung des Angeschuldigten heraus zu einem Urteil darüber zu kommen, wie das Bewusstsein in dem fraglichen früheren Zeitpunkt beschaffen war.

Die wesentlichste Handhabe bietet dabei das Verhalten der Erinnerung, vorausgesetzt, dass man die möglichen Fehlerquellen nicht übersieht. Der Versuch, jede Kenntniss des Geschehenen einfach abzuleugnen, ist als die natürlichste und nächstliegende Vertheidigungswaffe eines in die Enge getriebenen Angeschuldigten so alltäglich, dass die Richter solchen Behauptungen mit einem begreiflichen Misstrauen begegnen, namentlich dann, wenn in einer für den Angeschuldigten günstigen Weise nur die Erinnerung an belastende Momente fehlen soll, oder wenn anfänglich abgelegte Geständnisse späterhin zurückgenommen werden mit der Behauptung, dass die Erinnerung daran geschwunden sei. Die Entscheidung wird dadurch erschwert, dass diese erwähnten Modalitäten auch bei krankhaft entstandenen Erinnerungsmängeln in der That vorkommen.

Man kann in forensischer Beziehung eine absolute Amnesie unterscheiden, bei der jede Erinnerung für eine bestimmte Zeitstrecke fehlt und auch durch die Hilfsmittel der Confrontation mit Spuren der That oder durch das Vorhalten von Zeugenaussagen nicht erweckt werden kann, und eine relative, bei der entweder von Anfang an Reste der Erinnerung vorhanden sind oder geweckt werden können. Bei der Beurteilung relativer Amnesie darf man nicht übersehen, dass auch normalerweise die Erinnerungsfähigkeit des Einzelnen sehr verschieden sein kann und durch natürliche Umstände, wie Interesse, Art des momentanen Befindens u. s. w. sehr stark beeinflusst wird. Ist nun für eine bestimmte Zeitstrecke gar keine oder eine nur unvollkommene Erinnerung vorhanden oder zu wecken, unter Verhältnissen, die für den Durchschnitt Erinnerung verbürgen würden, so erlaubt das den Schluss, dass damals eine Störung

des Selbstbewusstseins vorhanden war. Vorausgesetzt ist dabei zunächst die Glaubwürdigkeit der hierauf sich beziehenden Angaben des betreffenden Individuums. Die Schätzung der Glaubwürdigkeit ist das eigentliche schwierige Moment in der Amnesiefrage: die Beurtheilung derselben im Allgemeinen ist Sache des Richters: in Bezug auf die Glaubwürdigkeit der speciellen Angaben über das Verhalten der Erinnerug darf und muss der Arzt sein Wissen in die Wagschale legen. Im Allgemeinen ist jedesmal zu prüfen, ob den sonstigen klinischen Erfahrungen nach unter grade diesen vorliegenden Umständen das Verhalten der Erinnerung wahrscheinlich ist oder nicht. Die Glaubwürdigkeit muss erschüttert werden. wenn sich wesentliche Widersprüche zwischen den Aussagen desselben Verhöres über die Frage des Erinnerns herausstellen. oder wenn dasselbe im Laufe der Untersuchung wiederholt hin- und herschwankt: ein einfaches Schwinden und Verblassen anfänglich vorhandener Erinnerungen ist eine häufige Erscheinung. die man kennen muss. Fälle. die in dieser Beziehung dem geringsten Zweifel unterliegen, sind nicht für die Beurtheilung des praktischen Arztes geeignet; für sie kommt nur der Antrag auf Beobachtung in einer Irrenanstalt in Betracht. wo die Möglichkeit häufiger und in längeren Zwischenräumen wiederholter Kontrolle der Aussagen die Entscheidung sehr erleichtert; es genügt, wenn der erste begutachtende Arzt darüber ein sicheres Urtheil abzugeben vermag. ob der vorliegende Fall zu den einfachen, klaren, oder zu den schwierigeren gehört. die ein weiteres Verfahren nothwendig machen. —

Neben der Bewusstlosigkeit nennt § 51 des St.-G.-B. als Strafausschliessungsgrund: die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit. Die Bezeichnung ist absichtlich in so weiter Form gewählt; sie umfasst in gleicher Weise angeborene wie erworbene, acute, ganz kurz dauernde wie chronische Störungen. Es ist besonders zu beachten, dass auch die congenitalen oder früh erworbenen Zustände von geistiger Schwäche, die der Laie in der Regel wenig geneigt ist, als Geisteskrankheit gelten zu lassen, unter die krankhaften Störungen der

Geistesthätigkeit gerechnet werden müssen. Wenn dabei auch kein fortschreitender Process im Gehirne vorliegt, der als dauernd activ krankhaft anzusehen wäre, so ist doch das Pathologische gegeben in den Vorgängen, welche die Entwicklung des betreffenden Gehirnes zum vollen oder wenigstens durchschnittlichen Funktionswerthe verhindert oder beeinträchtigt haben.

Die verschiedenen Zustände geistiger Schwäche, die in zahlreichen Uebergangsformen zwischen der normalen „Beschränktheit" und den hohen Graden des Blödsinnes stehen, zeigen am deutlichsten von allen krankhaften geistigen Anomalien, dass der Sachverständige genöthigt ist, sich nicht mit der Feststellung einer „krankhaften Störung der Geistesthätigkeit" im Allgemeinen zu begnügen, sondern den Einfluss der Störung auf das Handeln des Individuums in den Bereich seiner Begutachtung zu ziehen. Es geht natürlich nicht an, alle Menschen bei denen aus Gründen, die in ihrer Entwicklung liegen, ein gewisser Grad von Geistesschwäche vorhanden ist, von vornherein und für alle Fälle für straffrei zu erklären; ebensowenig ist das möglich bei der grossen Gruppe der sogenannten „Grenzzustände", d. h. denjenigen geistigen Organisationen, die in Folge erblicher Anlage oder persönlicher Schicksale (Krankheit, Trauma, chronische Vergiftungen u. s. w.) in dieser oder jener Richtung (Gefühlsleben, Affecte, Willensvorgänge u. dgl.) vom Normalen abweichen und theoretisch als Träger einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit zu gelten haben. In allen diesen Fällen sind der Grad der vorhandenen Störung oder die besonderen Umstände des Falles heranzuziehen bei Beantwortung der Frage, ob das betreffende Individuum strafrechtlich verantwortlich gemacht werden kann oder nicht. Die formale Nöthigung dazu liegt in dem Vorhandensein des Relativsatzes im § 51: „in einem Zustande von .... krankhafter Störung der Geistesthätigkeit .... durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war"; nicht jeder solcher Zustand macht straffrei, sondern nur derjenige, der auch die Bedingungen des Relativsatzes erfüllt. Das Entscheidende ist aber nach dem Willen des Gesetzes das Vorhandensein oder Fehlen der Mög-

lichkeit „freier Willensbestimmung“. Die Erwähnung dieser Begriffes pflegt bei denjenigen Aerzten, die dem Probleme der Willensfreiheit nicht näher getreten sind, ein gewisses Unbehagen hervorzurufen; sie haben das dunkle Gefühl, dass damit eine sehr unbequeme und von vornherein zur Unlösbarkeit verurteilte philosophische Frage angeschnitten sei.

Diese Befürchtung ist ganz hinfällig. Von der Willensfreiheit im philosophischen Sinne ist im § 51 des St.-G.-B. nicht die Rede; dass der erwachsene, reife, geistig gesunde Mensch in seinen Entschliessungen frei und daher für sein Thun verantwortlich sei, wird vom Gesetze als Basis des ganzen Strafrechtes vorausgesetzt. Diese Voraussetzung besteht für das einzelne Individuum solange zu Recht, bis das Gegentheil bewiesen wird. Der Beweis des Gegentheiles ist als geführt zu erachten, wenn sich herausstellt, dass in denjenigen seelischen Vorgängen, als deren Ergebniss das Handeln erfolgt, krankhafte Glieder vorhanden gewesen sind, dass also das Wollen des Individuums nicht frei war, d. h. frei von krankhaften Einflüssen. Dabei ist wiederum nicht nothwendig der Nachweis, dass die einzelne strafbare Handlung klar erkennbare Beziehungen zu bestimmten einzelnen psychologischen Anomalien besitzt; wenn ein gewisser Grad von geistiger Störung erreicht ist, besteht für keine Handlung des betreffenden Individuums die Sicherheit oder auch nur die Wahrscheinlichkeit, dass sie von jenen krankhaften Anomalien unbeeinflusst geblieben sei. Die verschiedenen uns klinisch bekannten psychischen Elementarstörungen sind nun in ihrem Einflusse auf das Handeln keineswegs als gleichwerthig anzusehen; die Erfahrung hat uns die verschiedene Grösse der Beeinflussung durch mehr oder weniger ausgedehnte geistige Veränderungen schätzen gelehrt.

Wir kennen solche, die praktisch ganz gleichgiltig sind, andere die vom Einzelnen als lästig empfunden werden, aber auf gerichtlich in Betracht kommendes Handeln ohne Einfluss bleiben (wie z. B. viele Zwangsvorstellungen), andere, die je nach der Gleichgewichtsvertheilung im seelischen Organismus wirksam werden, oder nicht (z. B. abnorme Antriebe, die nur

bei gleichzeitig vorhandener Geistesschwäche zur That führen), andre, denen wir vom ärztlichen Standpunkte aus von vornherein und unter allen Umständen Einwirkung zumessen, wie z. B. dauernde Wahnideen, endlich solche, bei denen auch der Laie an einer Störung des freien Willens nicht einen Augenblick zweifelt, wie die tobsüchtige Erregung, schwere Bewusstseinstrübung u. dgl. Es wäre falsch, zu leugnen, dass es Fälle giebt, bei denen auch der geübte Sachverständige die Frage offen lassen muss, ob ein Zustand geistiger Störung die Voraussetzungen des § 51 erfüllt oder nicht; solche Fälle indessen fallen nicht in den Bereich der Thätigkeit des praktischen Arztes; für solche schwierigen Entscheidungen ist eben die Beobachtung in einer Irrenanstalt vorgesehen. Für die Thätigkeit des praktisches Arztes genügt es, daran festzuhalten, dass die Feststellung einer ausgesprochenen Psychose, d. h. einer psychischen Erkrankung mit bestimmbarem Beginne, bestimmten charakteristischen Symptomen und bestimmtem Verlaufe die Zurechnungsfähigkeit für die Dauer der Krankheit ausschliesst. Dabei ist es ganz unwesentlich, ob die Störung hauptsächlich die Gemüthsseite, wie bei der Melancholie, oder die Verstandesseite, wie bei der chronischen Paranoia betrifft, oder ob das wesentlichste Symptom eine Trübung des Bewusstseins darstellt, wie z. B. bei den Zuständen acuter hallucinatorischer Verwirrtheit. Häufig gemachte Erfahrungen nöthigen besonders zu der Betonung, dass eine Beeinträchtigung der Intelligenz keineswegs vorhanden zu sein braucht, um eine Aufhebung der freien Willensbestimmung durch krankhafte seelische Vorgänge zu begründen. —

Diejenige geistige Verfassung, die den Voraussetzungen des § 51 des St.-G.-B. in einer ihrer Formen entspricht, die also die Strafe ausschliesst, wird gewohnheitsgemäss als „Unzurechnungsfähigkeit“ bezeichnet; der erwachsene Mensch gilt vor dem Gesetze bis zum Beweis des Gegenteiles als „zurechnungsfähig“. Es handelt sich hier um ein Entweder — Oder; jede in Frage kommende geistige Individualität ist in der einen oder in der anderen Kategorie unterzubringen. Es ist von vorneherein klar, dass das nicht ohne Schwierig-

keiten geschehen kann. Die Natur macht keine Sprünge; von zweifellos geistig Gesunden führen zahlreiche Uebergangsfälle zu zweifellos geistig Kranken, und auch bei Denjenigen, die vom wissenschaftlichen Standpunkte aus für nicht normal gelten müssen, finden sich wieder Abstufungen in dem Grade, in welchem die Anomalie das Handeln bestimmend beeinflusst d. h. die freie Willensbestimmung beeinträchtigt. So kommt es für den ärztlichen Sachverständigen zu der Nöthigung, von zwei vielleicht graduell nur wenig verschiedenen Fällen den einen der Gruppe der Zurechnungsfähigen, den andern derjenigen der Unzurechnungsfähigen zuzuweisen. In eine mathematische Formel lässt sich das so wenig fassen, wie die Schätzung des Grades der vorhandenen oder fehlenden Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten. Immerhin giebt bei diesen letzteren das Gesetz die Handhabe der Abstufung, die im Strafrecht in der Frage der Zurechnungsfähigkeit fehlt. Unser Gesetz kennt zur Zeit keine „verminderte Zurechnungsfähigkeit“. Die als eine Art von Compensation dieses Mangels ausgegebene Möglichkeit, mit Hülfe der „mildernden Umstände“ den Besonderheiten eines gegebenen einzelnen Falles gerecht zu werden, kann dem schon deswegen nicht genügend abhelfen, weil die mildernden Umstände bei einer grossen Anzahl von Vergehen und Verbrechen von vorneherein ausgeschlossen sind. Es wird deswegen die ärztliche Forderung nach einer gesetzlichen Anerkennung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ so lange wiederkehren, bis eine Reform des Strafgesetzes sie erfüllt.

Diejenigen Krankheitszustände, die die Anwendbarkeit des Begriffes einer „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ besonders wünschenswerth machen, hat man neuerdings mit dem treffenden Namen der „Grenzzustände“ bezeichnet. Das Vorhandensein derselben bei strafrechtlichen Fällen schliesst die Möglichkeit einer Begutachtung auf Grund einiger wenigen Untersuchungen im Gefängniss u. s. w. ohne Weiteres aus; hier ist selbstverständlich die Einweisung in eine Irrenanstalt angezeigt, wo die Gelegenheit gegeben ist, die betreffende Persönlichkeit zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen Einflüssen zu beobachten und zu analysiren. Wenn somit diese

Fälle nicht der Domaine des praktischen Arztes im Sinne der vollen Erledigung zugehören, so muss er doch auf sie aufmerksam werden auf Grund seiner Kenntniss der in Betracht kommenden Krankheitszustände.

Es gehören hierher zunächst die leichteren Schwachsinnsformen, die erfahrungsgemäss häufig überhaupt nicht erkannt werden, dann die Fälle von sogenannter Entartung d. h. einer in Folge irgend welcher erblicher Einflüsse minderwerthigen Beschaffenheit des Centralnervensystemes, die sich im Mangel an seelischem Gleichgewicht, in der Neigung zu pathologischen Affekten, zu abnormen Gefühlsbetonungen, zu psychischen Zwangsvorgängen u. s. w. äussert, Fälle von Neurasthenie und Hysterie, speciell traumatischen Ursprunges, Fälle von Epilepsie, wenn es sich um Delicte im Intervall zwischen den Anfällen handelt, Fälle von leichterem periodischen Irresein und von chronischen Alkoholismus, von organischen Hirnveränderungen (exclusive progressive Paralyse, die nicht zu den Grenzzuständen gehört) u. dgl. mehr. Immer ist bei allen diesen, gewissermaassen nur im labilen Gleichgewichte befindlichen geistigen Organisationen daran zu denken, dass besondere Umstände, wie Erregung, Affekt, Schlafmangel, Hitze, körperliche Ausnahmesustände, wie Menstruation und Schwangerschaft u. s. w. einen im Allgemeinen Zurechnungsfähigen acut und vorübergehend unzurechnungsfähig machen können. Die Beurtheilung dieser Grenzfälle gehört auch für den erfahrenen, specialistischen Sachverständigen zu den schwierigen Aufgaben, und für den praktischen Arzt genügt es, wenn er erkennt, dass ein Fall in diese Rubrik gehört, und dass er daraus die nothwendigen Consequenzen ziehen muss. —

Im Verhältniss zum § 51 treten die übrigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, die sich auf die Feststellung bestimmter Geistesbeschaffenheit beziehen, für den praktischen Arzt an Bedeutung zurück. Für die Entscheidung der Frage, ob ein jugendlicher Angeschuldigter zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr bei Begehung einer strafbaren Handlung die in § 56 verlangte, „zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforder-

liche Einsicht“ besessen hat, oder nicht, wird kein ärztlicher Sachverständiger herangezogen.

Dem gleichen entscheidenden Merkmal begegnen wir in § 58, der von der Zurechnungsfähigkeit der Taubstummen handelt; auch hier ist die Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen nicht principiell vorgesehen; die besonderen Schwierigkeiten der Beurtheilung Taubstummer machen es wünschenswerth, dass sich nur solche Aerzte auf gutachtliche Aeusserungen zu dieser Frage einlassen, die darüber eigene Erfahrung besitzen. —

Eine weitere nicht immer leicht zu beantwortende Frage kann dem ärztlichen Sachverständigen vorgelegt werden, wenn es sich um eine Anklage auf Grund des § 176. 2 handelt (Zuchthausstrafe bis zu zehn Jahren beim geschlechtlichen Missbrauch geisteskranker Personen). Da vielfach die Anklage fallen gelassen wird, wenn das Gericht annimmt, dass dem Thäter das Vorliegen einer geistigen Störung nicht bekannt war, wird oft vom Richter dem Sachverständigen die Frage vorgelegt, ob der Thäter nach Lage der Dinge hätte merken müssen, dass er es mit einer Geisteskranken zu thun hatte. Die Meinungen gehen darüber auseinander, ob ein Sachverständiger über diesen Punkt überhaupt mehr als eine private Ansicht haben kann. Dem Irrenarzte von Berufe, der täglich bei den Aufnahmen neuer Kranker erfährt, was etwa Laien als normal, was als geisteskrank ansehen, ist das Recht zu einer authentischen Aeusserung über die oben gestellte Frage zuzugestehen; der praktische Arzt wird gut thun, seine Unzuständigkeit zu betonen. —

Rechte und Pflichten des ärztlichen Sachverständigen.

Die rechtliche Stellung des psychiatrischen Sachverständigen im Strafverfahren wird durch die Bestimmungen der Strafprocessordnung geregelt.

Der Hergang, der zur Ernennung eines Sachverständigen führt, ist, ganz im Allgemeinen der, dass im Laufe der Voruntersuchung, im Gefängniss, oder auch erst im Hauptverfahren Zweifel an der geistigen Gesundheit des Angeschuldigten auftauchen, die den Richter das Bedürfniss fühlen lassen, ein ärztliches Urtheil darüber zu hören. Diese Zweifel können vom Staatsanwalt, vom Vertheidiger, von Zeugen, vom Angeschuldigten selbst geäussert werden; ja es ist einem beliebigen Arzte, der etwa über diesen Punkt aus dem Vorleben eines Angeschuldigten bestimmtes Wissen besitzt, unbenommen, auch wenn er nichts mit dem Verfahren zu thun hat, ohne Aufforderung, dem Richter davon Mittheilung zu machen, vorausgesetzt, dass der Angeschuldigte, den er früher behandelt hat, damit einverstanden ist. In systematischer Weise hat man jetzt stellenweise angefangen, dieses Verfahren vorbeugend in Anwendung zu bringen, indem man an manchen Orten, wo Hilfsschulen für schwachsinnige Kinder existiren, den Behörden eine Liste der geistig Schwachen zur Verfügung stellt, um einer spätern Verkennung solcher Individuen nach Kräften entgegen zu arbeiten.

Alle diese Dinge verpflichten das Gericht nicht, eine sachverständige Untersuchung eines Angeschuldigten anzuordnen; das allgemeine Princip der freien Beweiswürdigung gilt auch hier; der Richter darf von der Einholung eines ärztlichen Gutachtens absehen, wenn er glaubt, selbst die betreffende Frage entscheiden zu können. Uebrigens hat auch der Angeklagte das Recht, Sachverständige zu laden, denen die Theilnahme an den Untersuchungen soweit zu gestatten ist, als dadurch die Thätigkeit der vom Richter bestellten Sachverständigen nicht behindert wird.

Welche Sachverständige der Richter laden will. und in welcher Anzahl, das steht völlig bei ihm: nur bestimmt § 73. 2 der St.-P.-O.: „sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt. so sollen andere Personen nur dann gewählt werden. wenn besondere Umstände es erfordern". deren Anerkennung aber wiederum Sache des Richters ist.

„Der zum Sachverständigen Ernannte hat" — nach § 75 — „der Ernennung Folge zu leisten. wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich bestellt ist. oder wenn er die Wissenschaft. die Kunst oder das Gewerbe. deren Kenntniss Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Gewerbe ausübt, oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist": es kann also jeder approbirte Arzt zum Sachverständigen ernannt werden. Ihre Aussage verweigern dürfen ärztliche Sachverständige nur über solche Dinge. die ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut sind, „es sei denn. dass sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind". d. h. dass der Angeschuldigte dem Arzte. der ihn früher einmal behandelt hat, ausdrücklich ermächtigt, vor Gericht über die fraglichen Punkte auszusagen. Der Fall wird selten praktisch, dass ein Sachverständiger in die Lage kommt, aus Gründen ärztlichen Berufsgeheimnisses seine Aussage zu verweigern; das Interesse des Angeschuldigten geht in der Regel dahin, dass etwaige frühere Krankheiten zur Sprache kommen.

Als Material für die Gewinnung seines Urtheiles stehen dem Sachverständigen folgende Hilfsmittel rechtlich zur Verfügung: Vernehmung und Untersuchung des Beschuldigten, Vernehmung von Zeugen, Einsicht in die Akten, Anwesenheit bei richterlicher Vernehmung von Zeugen oder Beschuldigten und selbständige Fragestellung an die bei diesem Verhöre Betheiligten. Der Richter braucht nicht unbedingt alle dahin gehenden Wünsche des Sachverständigen zu erfüllen, thut es aber wohl ausnahmslos bei sachlicher Begründung des geäusserten Verlangens. Jede Beschränkung des Bestrebens des Sachverständigen, das zur Urtheilsgewinnung nothwendige Ma-

terial zu erhalten, sollte er principiell damit beantworten, dass er im Gutachten erklärt, dass sein Urtheil aus den und den Gründen ein nicht endgültiges und somit für die Sache werthloses sei.

Das Erste, was der ärztliche Sachverständige nach seiner Ernennung zweckmässiger Weise thut, ist, dass er die Akten zur Einsicht verlangt, in denen Angaben über das Vorleben des Angeschuldigten, eine Beschreibung des fraglichen Deliktes, Zeugenaussagen, Angaben über das Benehmen des Beschuldigten bei der Verhaftung oder beim Verhöre u. s. w. zu finden sind. Wenn auch die Art der heute üblichen Protokollirung, d. h. die Redaktion der Aussagen durch den verhörenden Richter, den unmittelbaren Eindruck der Verhöre theils abschwächt, theils unbewusst färbt, so giebt doch das Aktenstudium eine unentbehrliche vorläufige Orientirung über die Sachlage im Grossen und Ganzen.

Das Nächste ist dann eine Vernehmung oder Untersuchung des Beschuldigten selbst, je nachdem in seiner Wohnung oder im Gefängniss. Mit einem einmaligen Besuche ist es dabei in der Regel nicht gethan. Die gesetzlichen Bestimmungen gehen dahin, dass im Allgemeinen nur drei ärztliche Vorbesuche honorirt werden; auch diese drei Vorbesuche genügen in irgendwie complicirten Fällen nicht, um zu einem abschliessenden Urtheil zu kommen.*)

Glaubt der Arzt, dass er überhaupt unter den vorliegenden Verhältnissen nicht zu einem abschliessenden Urtheil kommen wird, sei es, weil seine eigene Zuständigkeit in dem früher erörterten Sinne unzulänglich ist, oder weil die Art des in Frage kommenden Geisteszustandes auf Grund kurzer Visiten überhaupt nicht zu bestimmen ist, so ist er be-

*) Mehr als drei Vorbesuche werden nur dann honorirt, wenn der ärztliche Sachverständige dazu aufgefordert worden ist; es empfiehlt sich deswegen, wenn die Sache mit drei Besuchen nicht erledigt ist, eine solche Aufforderung zu weiteren Vorbesuchen zu provociren mit Hinweis auf die Schwierigkeit der Entscheidung. —

Ich selbst habe einmal 25 Vorbesuche mit Erfolg in Rechnung gesetzt. —

rechtigt, den Antrag auf Beobachtung in einer Irrenanstalt zu stellen. Das Gericht muss über diesen Antrag den Vertheidiger hören, kann ihn aber annehmen oder verwerfen. Dieser Antrag kann von dem ärztlichen Sachverständigen auch in der Hauptverhandlung gestellt werden. Sehr zu tadeln ist dabei die Art und Weise, in der das vor kurzem seitens der Sachverständigen in einem vielbesprochenen Strafverfahren ausgeführt wurde, wo die Sachverständigen zunächst ihr Gutachten auf geistige Störung abgaben, dann aber schliesslich auch noch den Antrag auf Beobachtung in einer Irrenanstalt stellten. Ihr Gutachten überzeugte die Richter nicht, aber ihr Antrag wurde auch abgelehnt. Dieser Modus erweckt leicht den Anschein, als ob die Sachverständigen sagen wollten: „wenn ihr uns nicht glaubt, dann lasst den Angeschuldigten doch beobachten“. Die einzig richtige und, wenn sachlich gestützt, auch beinahe immer wirksame Motivirung des Antrages auf Beobachtung ist die, dass es nicht möglich sei, ohne eine solche zu einem Urtheil über den Geisteszustand zu kommen. —

Was der psychiatrische Sachverständige unter allen Umständen als unzulänglich bezeichnen, und mit allen disponiblen Mitteln ablehnen muss, ist Abgabe eines Gutachtens bloss auf die Eindrücke der Hauptverhandlung hin, und seien sie auch bei einer kurzen Untersuchung im Gerichtsgebäude selbst gewonnen; dieser Punkt muss besonders betont werden, weil es erfahrungsgemäss immer wieder vorkommt, dass unerfahrene Richter ärztliche Sachverständige einfach zu einer Strafverhandlung laden im Glauben, dass dieselben nun dort sich äussern würden. Leider gehen auch immer wieder unerfahrene „Sachverständige“ darauf ein. Es kann das eine wie das andere nur Jemand thun, der von den Schwierigkeiten psychiatrischer Begutachtung gar keine Vorstellung hat. —

Von dem Rechte, an die Zeugen Fragen zu stellen, soll der Sachverständige ungescheut Gebrauch machen; es handelt sich dabei sowohl um Vernehmungen im Vorverfahren, wie in der Hauptverhandlung; die bei Letzterem für manche wenig geübte Sachverständige vorhandene Befangenheit,

die Scheu, in den feierlichen Apparat selber einzugreifen, sollte Niemand abhalten, das zu thun, was er für sich zur Aufklärung der Sachlage für nützlich oder nothwendig hält. —

Der Sachverständige hat nach § 79 vor Erstattung des Gutachtens einen Eid zu leisten, „dass er das von ihm erforderte Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstatten werde". Derselbe Paragraph bestimmt, dass die Berufung auf den geleisteten Eid genügt, wenn der Sachverständige für die Erstattung von Gutachten der betreffenden Art im Allgemeinen beeidigt ist. Um eine solche allgemeine Beeidigung herbeizuführen, braucht man nicht beamteter Arzt zu sein; das Gericht kann sie vornehmen auf Antrag des betreffenden Sachverständigen; einen solchen Antrag stellt man zweckmässiger Weise, wenn sich voraussehen lässt, dass man nach Lage der Dinge im Laufe der Zeit öfters in die Lage kommen wird, als Sachverständiger thätig zu sein. Es empfiehlt sich, eine Abschrift des Protokolles über die erfolgte Beeidigung aufzuheben und gegebenenfalls vorzuweisen. Erfahrungsgemäss wird oft versucht, auch im Allgemeinen beeidigte Sachverständige immer wieder von Neuem den Eid leisten zu lassen. Die Frage ist zur Zeit meines Wissens noch nicht durch Reichsgerichtsentscheidung erledigt, ob der im Allgemeinen geleistete Sachverständigeneid auch für andere Gerichte gilt, als dasjenige, vor dem er abgelegt worden ist. Es ist kein vernünftiger Grund einzusehen, warum dies nicht der Fall sein sollte; die Eidesformel ist für das ganze deutsche Reich die gleiche. (Ich selbst, der ich an meinem Wohnsitz ein für alle Mal als Sachverständiger vereidigt bin, habe mich auch vor auswärtigen Gerichten wiederholt mit Erfolg auf meinen früher abgelegten Eid berufen). —

Eine modificirte Art der Sachverständigenthätigkeit ist die als „sachverständiger Zeuge". § 85 der St.-P.-O. bestimmt: „insoweit zum Beweise vergangener Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, sachkundige Personen zu vernehmen sind, kommen die Vorschriften über den Zeugenbeweis zur Anwendung".

Für den Arzt gilt es dabei gewöhnlich, über frühere Krankheitszustände einer in ein gerichtliches Verfahren verwickelten Persönlichkeit auszusagen.

Ein Zeuge sagt über seine Wahrnehmungen aus, so objectiv, wie möglich, ohne persönliche Zuthat; der Sachverständige giebt, auf Grund seines Fachwissens, Urtheile ab: jede Diagnose ist schon ein Urtheil, keine Wahrnehmung. Es ist in ärztlichen Dingen beinah niemals möglich, vor Gericht in der objectiven, beschreibenden Form, wie sie z. B. für die Fassung eines Sektionsprotokolles das Ideal ist, auszusagen; damit wäre dem Richter gar nicht gedient, da ihm bei dieser Art, das, was er wissen möchte, doch vorenthalten bleibt. Erfahrungsgemäss wird von dem ärztlichen sachverständigen Zeugen auch immer eine gutachtliche Aeusserung verlangt, wozu er als „Zeuge" gar nicht competent ist.

Man lehnt in solchem Falle die gewünschte Aeusserung ab, bis man als „Sachverständiger" vernommen wird. Es handelt sich dabei ja nicht darum, dass die Gebühren für den „Sachverständigen", trotz ihrer geradezu jämmerlichen Bemessung, etwas höher sind, als die Zeugengebühren, sondern um die principielle Wahrung der Stellung des ärztlichen Sachverständigen; er hat es nicht nöthig, sich in versteckter Form als Zeuge zu Aeusserungen drängen zu lassen, für die vom Gesetze ein anderer Weg vorgesehen ist, der allerdings die Kosten des Verfahrens um ein Kleines erhöht. —

Wer zum Sachverständigen bei zweifelhaften Geisteszuständen ernannt ist, muss die vorstehend ganz kurz wiedergegebenen Bestimmungen über seine Rechte und Pflichten im Strafverfahren gegenwärtig haben, damit er in der Lage ist, sich mit Bestimmtheit gegebenen Falles darauf berufen zu können. Es ist der Stellung des Sachverständigen gegenüber dem Gerichte nur förderlich, wenn aus seinem Auftreten hervorgeht, dass er sich auch mit der rechtlichen Seite seiner Thätigkeit vertraut gemacht hat. Wenn das allgemein geschehe, würde das ärztliche Missvergnügen über gerichtliche Mitwirkung weniger oft Anlass haben, wach zu werden. Der

Arzt darf sich nicht als „geduldet" erscheinen; er ist eine vom Gesetze vorgesehene Instanz im Verfahren, er ist eine in den betreffenden Fällen unentbehrliche Instanz, und soll sich nicht scheuen, alles, was das Gesetz ihm an Befugnissen zubilligt, in Anspruch zu nehmen; die Hauptsache dabei ist, sich nicht verblüffen zu lassen.

Die ganze Summe der Aeusserlichkeiten z. B. bei Schwurgerichtsverhandlungen hat für den gerichtlichen Neuling etwas Verwirrendes; nur sachliche Sicherheit in dem eigenen ärztlichem Gebiete und formale Sicherheit in den rechtlichen Bestimmungen über die Sachverständigenthätigkeit verbürgen, dass der Arzt dabei die Rolle spielt, die seiner würdig ist. —

Das Gutachten.

Den eigentlichen Hauptpunkt der psychiatrischen Sachverständigenthätigkeit bildet das Gutachten, d. h. diejenige zusammenhängende Aeusserung, in der der Arzt sein Urtheil über die ihm vom Richter vorgelegten Fragen vorträgt.

Dasselbe ist entweder ein schriftliches, im Vorverfahren, oder ein mündliches, in der Hauptverhandlung.

Falls auf Grund des schriftlichen Gutachtens, wenn es den Richter von der Unzurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten überzeugt, das Verfahren eingestellt wird, kommt es überhaupt nicht mehr zur Erstattung eines mündlichen Gutachtens. Unsere nachstehenden Ausführungen gelten zunächst für das schriftliche Gutachten. —

Die Ausarbeitung eines psychiatrischen Gutachtens ist unter allen Umständen eine ernste und mühevolle Aufgabe. Das zur Zeit vorhandene Missverhältniss zwischen der dabei aufgewendeten Mühe und der vom Gesetze in der sehr reformbedürftigen Gebührenordnung vorgesehenen Entschädigung darf den ärztlichen Sachverständigen nicht verhindern, im Dienste der Sache seine Aufgabe so gut zu erledigen, als er irgend kann. Dazu gehört zunächst, dass das Gutachten in der äusseren Form den grösstmöglichen Grad von Vollendung erreiche. Wir alle werden unbewusst in der Schätzung des Werthes geistiger Leistungen von der Vorstellung der Masse von Arbeit beeinflusst, die wir dahinter vermuthen. So muss beim Gutachten die Form erkennen lassen, dass es sich nicht um ein extemporirtes Machwerk, sondern um das Ergebniss ernster Prüfung und Arbeit handelt. Je mehr ein Gutachten das erkennen lässt, um so weniger leicht entschliesst sich der Richter, die ihm vom Arzte gegebene Auskunft gering zu achten. Nicht die Länge macht das beste Gutachten, sondern die Uebersichtlichkeit der Anordnung, die knappe und klare Kürze der Darstellung und der logische Aufbau, der den Leser zwingt, wenn er einmal die Voraussetzungen anerkannt hat, sich auch das Ergebniss, zu dem der Sachver-

ständige am Schlusse gelangt, zu eigen zu machen. Gebunden ist der Richter an das Gutachten nicht; er darf es ignoriren, neue Aeusserungen anderer Sachverständiger einholen, die für ihn auch nur Material zur Urtheilsfindung sind; es kommt also sehr wesentlich auf die innere Ueberzeugungskraft des Gutachtens an. Um überzeugend zu wirken, darf das Gutachten auch keine der bei unsicheren Sachverständigen beliebten Verschwommenheiten, Halbheiten oder Verschleierungen bringen; ist auf die Frage des Richters ein glattes Ja oder Nein als Antwort nicht möglich, so ist auch diese nicht befriedigende Lösung der Aufgabe in klarer Formulirung auszusprechen.

Zu den Anforderungen die an die Form gestellt werden müssen, gehört auch die, dass sogleich ersichtlich ist, was thatsächliches Material (Aktenauszüge, Zeugenaussagen, gerichtlich festgestellte Verhältnisse u. s. w.) darstellt, und was Schlussfolgerungen des Sachverständigen sind. Es tritt sonst leicht ein, dass für den Richter mit dem Nachweise von einzelnen Unrichtigkeiten, die für die Entscheidung des ärztlichen Sachverständigen vielleicht ganz unwesentlich gewesen sind, auch wichtige und trotz jener Mängel ganz richtige Schlüsse entwerthet werden.

Alles was der Sachverständige als Material für die Gewinnung seines Urtheils benützt hat, muss im Gutachten selbst zu finden sein; dasselbe muss in sich stehen und darf nicht die Kenntniss des ganzen Aktenmateriales voraussetzen, wenn auch natürlich Verweisungen auf diese oder jene Theile der Akten erlaubt und nützlich sind. Der Richter muss aus dem Gutachten ersehen können, ob die sachlichen Voraussetzungen desselben, soweit sie sich auf Aktenmaterial stützen, richtig sind oder nicht.

Diese Vollständigkeit des Materials ist bei genügender Herrschaft über den Stoff zu erreichen auch ohne ermüdende Breite.

Bei der Eintheilung des Gutachtens erleichtern Absätze, eventuell auch Ueberschriften für den Leser das Eindringen in den Inhalt. —

Die Einleitung nimmt Bezug auf die seitens des betreffenden Gerichtes ergangene Aufforderung zur Begutachtung an den ärztlichen Sachverständigen; die Form ist dabei local verschieden, ist im Uebrigen ganz unwesentlich. Nothwendig ist nur, dass die dem Sachverständigen zur Beantwortung vorgelegte Frage entweder wörtlich oder in Umschreibung als Thema der darauf folgenden Abhandlung, im Eingange wiederholt wird. Daran schliesst sich zweckmässiger Weise eine ganz kurze Angabe über die Umstände, die zur Begutachtung überhaupt Anlass gegeben haben, also hier im Strafverfahren das fragliche Delict. Das soll nur soweit ausgeführt werden, dass der Gutachter sein Verständniss für die Sachlage bekundet. Anzuführen ist hier ferner, was Anlass gegeben hat, den Geisteszustand des Angeschuldigten zu bezweifeln und was in dieser Beziehung angeordnet worden ist (Untersuchung im Gefängniss, in der Wohnung, Zahl der Vorbesuche u. s. w.); aufzuzählen ist weiterhin dasjenige Material, welches neben den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung der Begutachtung zu Grunde liegt — also Aktenstudium, Aussagen von Zeugen, Angehörigen u. s. w. — Aus alledem baut sich naturgemäss zunächst eine Darstellung des Vorlebens des Angeschuldigten auf, bei der uns unsere Erfahrungen nöthigen, über das Individuum hinaus seinen Vorfahren unsere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die grosse Bedeutung erblicher Einflüsse gehört zu den am besten begründeten Thatsachen der Pathologie des Centralnervensystemes; bei Verwerthung derselben im Gutachten ist wiederum grosse Vorsicht sehr am Platze. Es wird stellenweise mit dem Begriffe der Heredität und mit der Schätzung der Bedeutung derselben für den Einzelnen im ärztlichen gerichtlichen Gutachten geradezu ein Missbrauch getrieben, der sehr geeignet ist, den Wert des Gutachtens zu schmälern und die vom Gutachter vertretene Wissenschaft in den Augen der Richter herabzusetzen. Es muss daran festgehalten werden, dass keine noch so starke erbliche Belastung für den Nachkommen die Nöthigung zum nervösen oder psychischen Erkranken in sich schliesst; wenn auch bei gehäufter nervöser Heredität der Procentsatz der ebenfalls erkrankenden

Nachkommen eine beträchtliche Höhe erreicht, so kann das gegebene einzelne Individuum ebensowohl zu den gesund Bleibenden wie zu den Erkrankenden gehören; die „Wahrscheinlichkeit“ beweist hier gar nichts. Der Nachweis nervöser oder geistiger Erkrankungen bei den Vorfahren eines Angeschuldigten ist also praktisch bedeutungslos, wenn nicht Spuren dieser abnormen Einflüsse in irgend einer ihrer mannigfaltigen Formen bei der ärztlichen Untersuchung nachgewiesen werden können. Diese Spuren bezeichnet man heute gerne als „Entartungszeichen“ (Stigmata hereditatis). Die Kenntniss derselben ist so wichtig, dass wir hier ganz kurz darauf eingehen wollen, obgleich sonst die Behandlung einzelner klinischer Fragen nicht in den Rahmen dieser Abhandlung passt. Man unterscheidet körperliche und geistige Entartungszeichen. Zu jenen gehören allgemeine oder örtliche Hemmungen und Störungen der Entwicklung, Infantilismus, mangelhafte Behaarung, späte Mannbarkeit, Verbildungen der Finger, Ohren oder Genitalien, Asymmetrien des Schädels, steiler Gaumen, ungleiche Pupillen, Anomalien des Augenhintergrundes, congenitaler Nystagmus, essentieller Tremor, Facialis-Tic u. dgl. m., zu diesen, den geistigen, gehören der Mangel an seelischer Harmonie, mangelhafte Resistenz gegen Alkohol, Hitze und Affekte, rasche Erschöpfbarkeit neben Erregbarkeit, Ungleichmässigkeiten der Begabung, Anomalien der Gefühle, Neigung zum Auftreten psychischer Zwangszustände oder zu impulsivem Handeln u. s. w.

Sind bei einem nervös stark belasteten Individuum derartige Züge vorhanden, und, was wichtiger ist, lässt die ganze Lebensführung den deutlichen Einfluss dieser Anomalien erkennen, so ist man berechtigt, auszusagen, dass erbliche Einflüsse krankhafter Art in dieser Persönlichkeit wirksam sind und bei Beurtheilung ihres Handelns in Rechnung gesetzt werden dürfen.

Falsch ist wieder der Schluss, dass solche Entartungszeichen genügten, um die Unzurechnungsfähigkeit zu begründen; davon kann gar keine Rede sein, wenn auch der Versuch solcher Verwerthung in Gutachten gar nicht einmal so selten ist; sie können immer nur als ein

unterstützendes Moment herangezogen werden; wenn aber keine Störung im Sinne des § 51 des St.-G.-B. vorliegt, können die Entartungszeichen an sich den Angeschuldigten nicht straffrei machen.

Die klare Einsicht in diese Verhältnisse muss den ärztlichen Sachverständigen leiten, wenn er im Gutachten die Ascendenz des Angeschuldigten in den Kreis der Betrachtung zieht. Er möge alle ihm in dieser Richtung wesentlich scheinenden Thatsachen aufführen, möge aber den Trugschluss vermeiden, dass der Besitz geisteskranker oder nervenkranker Vorfahren an sich irgend etwas für den Geisteszustand eines Angeschuldigten beweist.

Die gleiche Vorsicht, wie bei der Frage erblicher Einflüsse, ist geboten, wenn es sich darum handelt, etwaige Schädlichkeiten im Vorleben, die vielleicht Ursache einer geistigen Anomalie sein können, in ihrer Bedeutung zu würdigen. Für die strafrechtliche Beurtheilung ist der Befund im Augenblicke der That resp. bei der ärztlichen Untersuchung entscheidend, nicht die zeitlich vielleicht weit zurückliegenden, in ihrem causalen Zusammenhange doch meist zweifelhaften Ursachen, die diesen Befund beeinflusst haben mögen. Wichtiger sind solche Ursachen, die mit Sicherheit den Schlüssel zum Verständniss der Krankheitserscheinungen geben, wie z. B. Syphilis, Kopfverletzungen, Alkoholmissbrauch, oder krankmachende Einflüsse, die, wie bei manchen Fällen von Schwachsinn, das werdende und wachsende Gehirn geschädigt haben. Alle ätiologisch eventuell in Betracht kommenden Faktoren sind bei dem gerichtlichen Beweise werthlos, wenn sie nicht in irgend welchen Symptomen ihre Spuren hinterlassen haben.

Wichtiger als die Erörterung dieser möglicherweise ursächlich wirkenden Umstände ist im Gutachten eine Darstellung des früheren geistigen Wesens des Angeschuldigten in Bezug auf Begabung, Neigungen, Gewohnheiten, Gefühlsleben, Affektveranlagung und sonstige persönliche geistige Eigenthümlichkeiten. Angaben über etwaige Zeichen mangelnder Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, gemütliche Schwankungen zur Zeit der Regel u. s. w. gehören an diese

Stelle, ebenso wie die Erwähnung früherer psychischer Erkrankungen, Anfälle, Bestrafungen u. dgl.

Die Schilderung des Vorlebens ist nicht nur darum nothwendig, um eventuell den Nachweis führen zu können, dass von einem bestimmten, einer strafbaren Handlung vorausgehenden Zeitpunkte an geistige Veränderungen eingetreten sind, sondern sie liefert in den betreffenden Fällen auch das Material, wenn es sich etwa darum handelt, einen von Jugend auf vorhandenen Zustand von Schwachsinn, Verschrobenheit oder dgl. festzustellen. Es ist gerade für letzteren Zweck empfehlenswerth, durch den Richter Erhebungen bei früheren Lehrern, beim Geistlichen des Ortes (Confirmandenunterricht!), bei Lehrherrn, Principalen u. s. w. anstellen zu lassen und sich auch Schriftstücke aus der Jugendzeit (Schulhefte u. dgl.) ausliefern zu lassen. Bei allen die Vergangenheit betreffenden Daten ist anzugeben, woher sie stammen, nöthigenfalls mit einer kurz begründeten Schätzung der Glaubwürdigkeit und Urtheilsfähigkeit der Quelle. In Bezug auf die Glaubwürdigkeit ist das Maass des Interesses in Rechnung zu setzen, welches die Auskunft gebende Persönlichkeit an dem Schicksal eines Angeschuldigten nimmt; bei Bemessung der Urtheilsfähigkeit ist daran zu denken, dass Laien den Zuständen von Schwachsinn gegenüber geringes Verständniss und grosse Nachsicht zu besitzen pflegen, während sie mit der Censur der Verrücktheit leicht bei der Hand sind, wenn irgendwelche Handlungen in ihren Motiven den eigenen Horizont überschreiten. Im Allgemeinen haben die Laien am ersten darin einen zutreffenden Maassstab, dass sie aus dauernd ungenügender Leistungsfähigkeit im Berufe den richtigen Schluss auf geistige Unzulänglichkeit ziehen. Das Urtheil gleichstehender Kameraden, Mitarbeiter, Kollegen ist darum nicht zu verachten. —

An die Würdigung der Daten aus dem Vorleben schliesst sich eine kurze Darstellung der strafbaren Handlung an, soweit sie klinisches Interesse bietet. Bei zahlreichen Fällen, speciell solchen, bei denen es sich um Zustände getrübten Bewusstseins handelt, kann jede Zeugenaussage, auf deren Vervoll-

ständigung nöthigenfalls zu dringen ist, von grosser Bedeutung sein; zu fahnden ist dabei besonders auf solche Zeichen, die man im Sinne der Ausführungen auf Seite 10 als Symptome „bewusstlosen“ Handelns anzusehen berechtigt ist.

Nach allen diesen vorausgehenden Dingen, die in ihrer Gesammtheit die Anamnese zusammensetzen, folgt nun als wichtigster Theil des Gutachtens das Ergebniss der Untersuchung des Angeschuldigten. Die Schilderung dieses Status praesens beginnt mit dem allgemeinen Eindrucke, den der zu Begutachtende bei den Vorbesuchen auf den Arzt gemacht hat; daran schliessen sich an die Angaben über den körperlichen Befund im Allgemeinen (Entartungszeichen, Organerkrankungen), im Speciellen über den möglichst genau zu erhebenden Befund am Centralnervensystem. Sind hier positive Anomalien vorhanden, so sind sie genau zu beschreiben; es hat erfahrungsgemäss auf den Richter eine besonders überzeugende Wirkung, wenn ihm greifbare Zeichen dafür vorgewiesen werden, dass in diesem Centralnervensystem organische Veränderungen stattgefunden haben.

Die grössten Schwierigkeiten pflegt dem praktischen Arzte die Wiedergabe des seelischen Status praesens zu machen; es mag hier wiederholt werden, dass es ein vergebliches Bemühen bleiben muss, ohne Kenntniss der klinischen Psychiatrie damit zu Stande zu kommen; keine noch so eingehende Anweisung kann hier die nicht erworbenen Kenntnisse ersetzen. Es kann sich deswegen hier auch nur darum handeln, einen allgemeinen Leitfaden zu geben.

In der Beschreibung des psychischen Befundes ist die das Interesse lähmende sogenannte „korrekte“ Aneinanderreihung von Wesentlichem und Unwesentlichem zu vermeiden; es muss von vorneherein dasjenige, was der Sachverständige als Bausteine für seine Schlussfolgerung zu verwerten gedenkt, hervorgehoben werden. Die Darstellung des Sachverständigen geht dabei aus von den einfacheren psychischen Verrichtungen, Wahrnehmung und Auffassung: (erschwerte, verlangsamte Auffassung, Ablenkbarkeit, Sinnes-

täuschungen u. s. w.), schreitet dann fort zur Untersuchung der Vorstellungsbildung (Hemmung oder Erleichterung derselben, Fälschung in Form von Wahnideen, Zwangsvorstellungen u. s. w.). Daneben ist das Gefühlsleben und die Stimmung zu berücksichtigen (spontane Affektlage, Depression, Exaltation, Apathie, Stimmungswechsel, Reizbarkeit, Flüchtigkeit oder Nachhaltigkeit der Stimmungsschwankungen; Abstumpfung der höheren Gefühle; Affekte, Angst speciell u. s. w.). Der Bewusstseinszustand ist genau zu prüfen (klares Bewusstsein, Somnolenz, Traumzustände u. s. w.). Besondere Schwierigkeiten macht meist die Prüfung der unter dem Namen der Intelligenz zusammengefassten Vorgänge. Zu trennen ist dabei sorgfältig Gedächtniss und Urtheil. Bei dem Gedächtniss wiederum ist die Herrschaft über den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen als „Gedächtniss“ im engeren Sinne zu unterscheiden von der „Merkfähigkeit“, der Fähigkeit, neue Vorstellungen zu erwerben. Es ist bei der Prüfung der Verstandesfunktionen daran festzuhalten, dass Gedächtniss und Urtheil keineswegs Hand in Hand gehen; es giebt Idioten mit ausgezeichnetem Gedächtniss und geistig hochstehende Menschen mit schlechter Reproduktionsfähigkeit.

Beide Verrichtungen sind gesonderter Prüfung zu unterziehen. Die des Urtheiles nimmt als einfachsten Maassstab die Kritik des Individuums in denjenigen Ideenkreisen, die dem Durchschnitt seiner Altersgenossen und den nach Bildungsgang und Lebensstellung ihm Entsprechenden geläufig sind; ein Schema lässt sich darin nicht geben, und es kann nicht geleugnet werden, dass gerade eine Schätzung der Urtheilsfähigkeit, abgesehen von gröberen Defektzuständen, zu den schwierigsten Aufgaben der psychiatrischen Begutachtung gehört.

Zuletzt kommt die Analyse der motorischen Seite des Seelenlebens (Hemmung, Bewegungsdrang, Stupor, abnorme Impulse, Zwangshandlungen, Triebleben u. s. w.).

Bei der Behauptung des Vorhandenseins der einzelnen geistigen Anomalien muss angegeben werden auf welche Beobachtung sich der Sachverständige stützt. Namentlich

für die Diagnose des Schwachsinnes, die dem Richter erfahrungsgemäss bei den mittleren und leichteren Graden häufig nicht recht einleuchten will, ist reichliches Thatsachenmaterial, speciell wörtliche Beispiele aus der Unterhaltung mit dem Arzte beizubringen.

Bei der Diagnose der Wahnideen d. h. krankhaft gefälschter Vorstellungen ist ebenfalls besondere Vorsicht von nöthen. Es ist häufig ausserordentlich schwer, zu einem klaren Urtheil darüber zu kommen, ob irgendwelche Vorstellungen eines Kranken, die vielleicht wesentlich mitgewirkt haben als Motive verbrecherischen Handelns, z. B. Eifersuchtsideen, wahnhaften Ursprungs sind oder nicht. Die Akten, in denen gewöhnlich die Aussagen von Belastungs- und Entlastungs-Zeugen einander gegenüberstehen, geben nicht immer authentisches Material zur Beurtheilung dieses Punktes.

In jedem Falle muss der Sachverständige versuchen, nicht nur die Inkongruenz der betreffenden Vorstellungen mit der Wirklichkeit nachzuweisen, sondern aus der Art der Entstehung der Ideen (spontan, auf lächerlichen Anlass hin, auf Grund von Sinnestäuschungen u. s. w.) und aus ihrer Unkorrigirbarkeit durch Logik, Erfahrung und Augenschein heraus den Nachweis des krankhaft gefälschten Charakters zu führen.

Am Schlusse dieses Theiles der Darstellung können auch Angaben darüber eine Stelle finden, ob der Verdacht oder die Sicherheit von Simulation oder Dissimulation besteht, auf deren Nachweis im Einzelnen einzugehen hier nicht der Ort ist.

Als das Gesammtergebniss von Anamnese und Status praesens folgt nun entweder die Feststellung, dass geistige Anomalien, die für die richterliche Fragestellung in Betracht kommen, nicht vorhanden sind, oder die nähere Bezeichnung der Art der geistigen Störung, die zu diagnosticiren ist.

Ist der praktische Arzt nach Lage der Dinge nicht zu einer festen Diagnose gekommen, so ist es seine Aufgabe, den Antrag auf Beobachtung in einer Irrenanstalt zu stellen; der Psychiater von Fach kann auch zu dem Ergebnisse kommen,

dass geistige Störungen von der und der Beschaffenheit und von bestimmendem Einfluss auf das Handeln vorliegen, ohne dass er eine bestimmte Namensdiagnose stellt; das setzt indessen eine Herrschaft über den Stoff voraus, die bei dem praktischen Arzte selten anzutreffen sein wird, sodass dieser gut thut, Fälle, die er nicht glatt klassificiren kann, zur weiteren Begutachtung dem Specialisten zuweisen zu lassen.

Kommt der Arzt zu einer Diagnose, so ist diese zu begründen. Die wesentlichen krankhaften Züge sind kurz zu rekapituliren, ihre Uebereinstimmung mit typischen klinischen Krankheitsbildern ist hervorzuheben. Es gehören weiter hierher Angaben über die auf Grund des erhobenen thatsächlichen Materials anzunehmende Dauer der Erkrankung, d. h. über den Zeitpunkt ihres Beginnes vor oder nach der Zeit des fraglichen Deliktes, über den Verlauf in Bezug auf etwaige periodische Wiederkehr der Erscheinungen, Auftreten von Remissionen u. s. w.

Auf Grund aller im einzelnen Falle festgestellten Thatsachen erfolgt als eigentlicher Schluss die in Form eines begründeten Urtheiles abzugebende gutachtliche Aeusserung über die dem Sachverständigen zur Beantwortung vorgelegte Frage, im strafrechtlichen Verfahren also gewöhnlich die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten.

Was die Fassung dieser Beantwortung anbetrifft, so ist es praktisch gleichgiltig, ob man erklärt: „bei N. N. sind die Voraussetzungen des § 51 des St.-G.-B. vorhanden“ oder: „N. N. ist im Sinne des § 51 nicht zurechnungsfähig“ oder: „es besteht bei N. N. ein Zustand von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war“. Im Allgemeinen ist es am besten, in der Beantwortung den Wortlaut des entscheidenden § 51 wiederkehren zu lassen, wobei man sich, je nach der Sachlage, entweder für das Bestehen eines Zustandes von „Bewusstlosigkeit“ oder von „krankhafter Störung der Geistesthätigkeit“ ansspricht.

Diese kurz und präcis zu formulirende Schlussäusserung bedarf sorgfältiger Begründung in logisch zwingendem Gedankengange. Zu vermeiden sind alle verschwommenen Ausdrücke, alle Vermuthungen u. s. w., wie man sie nicht selten in ärztlichen gerichtlichen Gutachten findet: „man könnte das so erklären . . .“ — „es wäre denkbar, dass . . .“ u. dgl.

Damit ist dem Richter und der Sache Nichts gedient. Worauf es ankommt, ist der Nachweis, dass die vorliegende Persönlichkeit geistig abnorm ist oder zur Zeit der That war, und dass diese geistige Anomalie quantitativ so gross ist, dass auch das Handeln nicht frei war d. h. frei von krankhaften psychischen Momenten.

Dass die einzelne inkriminirte Handlung in unmittelbar demonstrirbarer Weise ein Ausfluss krankhaften seelischen Geschehens gewesen sei, ist, wie schon erwähnt, dabei nicht erforderlich; es muss nur die Erkrankung oder Veränderung der psychischen Vorgänge einen solchen Grad, oder eine solche Ausdehnung erreicht haben, dass nach Ueberzeugung des Sachverständigen der bestimmende Einfluss des Krankhaften auf das Handeln im Allgemeinen nicht bezweifelt werden kann.

Der Sachverständige muss sich, was nicht oft genug wiederholt werden kann, bei diesen Erwägungen darüber klar sein, dass die krankhafte Beeinflussung des Handelns von den verschiedensten Gebieten des seelischen Lebens ausgehen kann. Es ist nöthig, dieses besonders zu betonen, weil es immer wieder vorkommt, dass nicht nur von Juristen, sondern auch von Aerzten der Hauptnachdruck auf die intellectuelle Störung gelegt wird, und infolgedessen die Neigung besteht, Zurechnungsfähigkeit anzunehmen, wenn grobe Verstandesmängel nicht nachzuweisen sind. Gewiss sind solche Mängel bei starker Ausbildung leicht zu demonstrieren, und es ist nicht schwer, ihren Einfluss einleuchtend zu machen; die Erfahrung lehrt aber, dass für die strafrechtlich bedeutungsvollen Handlungen Störungen des Gefühlslebens, der Affekte, der Triebe mindestens so verhängnissvoll sind, wie Anomalien der Verstandesfunktion. Betreffs der Tragweite der einzelnen

Symptome muss ich hier auf die Lehren der allgemeinen gerichtlichen Psychopathologie verweisen.

Das Dilemma, in das da grade der kundige Sachverständige bei den zweifelhaften Grenzzuständen geräth, ist oben bereits gewürdigt worden; wir brauchen darauf hier nicht noch einmal einzugehen; ich wiederhole, dass solche Fälle die Zuständigkeit des nicht specialistischen Arztes überschreiten. — Auf Umstände, die bei einem im Sinne des Gesetzes im Allgemeinen zurechnungsfähigen Menschen im besonderen Falle mit abnormer Stärke bei seinen Entschliessungen eingewirkt haben, hinzuweisen, ist Recht und Pflicht des Arztes, auch wenn er zu dem Ergebniss gekommen ist, dass der Betreffende nicht unter den Schutz des § 51 des Str.-G.-B. zu stellen ist; der Richter hat es dann in der Hand, bei der Strafabmessung den Besonderheiten eines Falles gerecht zu werden.

Die ganze Schlussbegründung ist in der Form so zu halten, dass sie dem Verständniss des Gebildeten im Allgemeinen zugänglich ist. Besondere Fachkenntnisse dabei vorauszusetzen, ist unzulässig. Thatsachen, die in der klinischen Psychiatrie als allgemein anerkannte Ergebnisse der Erfahrung gelten, sind als solche zu bezeichnen und nicht mit persönlichen Schlussfolgerungen des Gutachters zu vermengen. Hereinziehung überflüssigen gelehrten Ballastes aus Lehrbüchern der Psychiatrie oder gar aus eigenen Arbeiten ist verwerflich; der Richter braucht keine specielle Pathologie dieser oder jener Psychose; er will über die Verhältnisse des vorliegenden Falles kurz und klar unterrichtet werden. Allerdings ist ein langes Gutachten leichter zu verfassen, als ein kurzes und doch erschöpfendes.

Es ist dem ärztlichen Sachverständigen unbenommen, an die Lösung der ihm gestellten Aufgabe auch solche der Sache dienlichen Fachäusserungen anzuschliessen, um die er nicht ausdrücklich gefragt worden ist z. B. über die Gemeingefährlichkeit oder Anstaltsbedürftigkeit eines Kranken, über die voraussichtliche Heilbarkeit und Dauer seiner Geistesstörung u. s. w. Natürlich kann es sich dabei nur um Dinge handeln,

die im Bereiche der ärztlichen Zuständigkeit liegen und von denen anzunehmen ist, dass der Richter darnach gefragt haben würde, wenn er hätte voraussehen können, dass sie für seine weiteren Entscheidungen von wesentlicher Bedeutung sein würden. Da die Meinung des Sachverständigen, wie schon oben erwähnt, den Richter in keiner Weise bindet, so steht ja die Verwerthung solcher Aeusserungen ganz in seinem Ermessen. Nützlich ist es, wenn solche ärztlichen Zusatzäusserungen von dem Tenor des eigentlichen Gutachtens getrennt gehalten und mit der Bemerkung eingeleitet werden, dass sie mit Wissen und Absicht über die Beantwortung der richterlichen Fragestellung hinausgehen. Unzulässig sind Aeusserungen, wie ich sie auch schon in ärztlichen Gutachten getroffen habe, über Entschuldbarkeit der strafbaren Handlung etwas aus socialen Gründen, über Mitleidsbedürftigkeit des Thäters und dergl. mehr. —

Den formellen Abschluss des Gutachtens bildet dann die eventuelle Berufung auf den entweder ad hoc oder ein für allemal abgelegten Sachverständigeneid. —

Alle diese zunächst für das schriftliche Gutachten geltenden Ausführungen sind auch auf die mündliche gutachtliche Aeusserung zu übertragen mit den formellen Aenderungen, die der Unterschied der schriftlichen Abhandlung von der freien Rede und die besondere Sachlage bei der mündlichen Verhandlung mit sich bringt.

Die Begabung für öffentliches, rednerisches Auftreten ist ja individuell sehr verschieden; immerhin kann es auch der weniger Gewandte dahin bringen, dass er nicht vor Gericht eine lächerliche oder blamable Rolle spielt, wie man das leider nicht allzuselten bei ärztlichen Sachverständigen erleben kann, die ungenügend vorbereitet erscheinen, ihren Stoff nicht beherrschen, sich alle entscheidenden Aeusserungen vom Vorsitzenden mühsam herauspressen lassen, bei Zwischenfragen des Vertheidigers oder des Staatsanwaltes in Verwirrung zwischen verschiedenen Meinungen hin und her pendeln, und schliesslich vielleicht bei einer Ansicht enden, die ihrer anfänglich ausgesprochenen genau entgegengesetzt ist. Den Juristen gegen-

über ist ein solches Schauspiel wahrlich nicht geeignet, die Achtung vor dem ärztlichen Stande zu heben. Das Bewusstsein, als Vertreter einer ganzen Wissenschaft auf fremdem Terrain aufzutreten, kann dem Sachverständigen über die etwaigen Hinderungen, die seiner Anlage entspringen, hinweghelfen; das Wichtigste aber bleibt die gute Vorbereitung auf den einzelnen Fall mit allen seinen Eventualitäten. Die Zahl der möglicherweise auftauchenden Fragen ist in strafrechtlichen Fällen nicht so gross, dass man sie nicht, bei genügender Sachkunde, voraussehen könnte.

Ein Gutachten für die mündliche Verhandlung auszuarbeiten und auswendig zu lernen, ist in hohem Maasse unzweckmässig. Oft bringt die Hauptverhandlung in Zeugenaussagen, im Benehmen der Angeschuldigten oder in seinem Geständniss u. s. w. soviel Neues, dass die ganze Sache ein anderes Gesicht erhält, und das schön memorirte Gutachten hinfällig wird. Wer seinen Stoff klar disponirt hat, und wem dann ausserdem die Struktur eines zweckmässig angeordneten Gutachtens genau gegenwärtig ist, der kann in dieses Gerüst auch alle neuen und vielleicht überraschenden Thatsachen eintragen. Die oben gegebene Anordnung und Reihenfolge kann als eine vielfach praktisch erprobte und bequem brauchbare empfohlen werden.

Beim Vortrage des Gutachtens selbst bedarf es keiner Versuche, „rhetorisch“ zu wirken, wie das z. B. für den Vertheidiger in Schwurgerichtsverhandlungen nützlich sein kann; je nüchterner, sachlicher, präciser der Arzt seinen Gegenstand behandelt, umsomehr hat er Aussichten, die Hörer zu überzeugen.

Ein Sachverständiger, der seine Thätigkeit in der öffentlichen Verhandlung in diesem Sinne auffasst und einrichtet, wird sich nicht über „schlechte Behandlung“ in irgend einer ihrer Formen zu beklagen haben. —

Es wäre zu wünschen, dass allmählich die ziemlich allgemeine Abneigung der Aerzte gegen die gerichtliche Sachverständigenthätigkeit einer freudigeren Mitwirkung Platz machte. Handelt es sich doch oft genug darum, genau wie bei

sonstiger ärztlicher Thätigkeit einem kranken Menschen zu helfen, indem man die That, deren Folgen seine Existenz zu vernichten drohen, als Ausfluss krankhaft veränderten geistigen Geschehens erkennt und Andere erkennen lehrt.

Gegenüber den kleinen Unannehmlichkeiten der forensischen Thätigkeit darf den Arzt das Bewusstsein heben, dass er ein unentbehrliches Glied im rechtlichen Organismus ist, und sein Ehrgeiz sollte es sein, die ihm dabei zukommenden Verrichtungen so vollkommen auszuüben, als es ihm irgend möglich ist.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Die Beziehungen
zwischen
körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen.

Von

Dr. L. W. Weber,
Oberarzt und Privatdocent in Göttingen.

Aus der psychiatr. Klinik Göttingen (Prof. Dr. Cramer).



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1902.

Sammlung

zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben

von

Dr. med. Konrad Alt,

Direktor und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

III. Band, Heft 7.

Halle a. S.

Verlag von Carl Marhold

1902.

Aus der psychiatrischen Klinik Göttingen (Prof. Dr. Cramer).

Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen.*)

Von

Dr. L. W. Weber,

Oberarzt und Privatdocent in Göttingen.

Eine kaum mehr bestrittene Thatsache ist es, dass alle Geistesstörungen auf krankhaften Vorgängen im Gehirn beruhen. Bei einigen derselben handelt es sich mehr um funktionelle, wieder ausgleichbare Störungen; andere setzen dauernde, schwere Veränderungen der Hirnsubstanz, welche wir mit unseren heutigen anatomischen Methoden mehr oder weniger nachweisen können.

In diesem Sinne kann also jede Geistesstörung als Hirnerkrankung bezeichnet werden. Die Ursachen aber und die Wege, auf welchen die Gehirnerkrankung zu Stande kommt, sind mannigfaltige und zum Teil noch wenig aufgeklärt. Am einfachsten liegt der Fall, wenn ein Trauma, eine Erkrankung das sich entwickelnde oder erwachsene Gehirn direkt und in erster Linie trifft; hier ist der Weg zur Entstehung einer Geistesstörung ein kurzer und leicht erkennbar.

Häufig jedoch findet man in der Vorgeschichte der Geistesstörungen als Ursache andere Organerkrankungen angegeben, bei denen die direkt schädigende Einwirkung auf das Gehirn nicht so klar zu Tage liegt. Der Laie freilich, namentlich die Angehörigen der Kranken sind gewöhnlich nicht verlegen, einen solchen Zusammenhang zu konstruieren. Sehen sie doch in vielen Fällen eine Psychose plötzlich, bei

*) (Nach einer zur Erlangung der venia legendi im Juli 1901 gehaltenen Probevorlesung.)

bis dahin völlig intakter geistiger Gesundheit einsetzen; da wird dann eine kurz vorhergegangene körperliche Erkrankung irgendwelcher Art als willkommenes ursächliches Moment zur Erklärung herangezogen. Den inneren Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen aufzudecken, überlassen sie dem Arzt, wenn er es vermag. Dass ein solcher Zusammenhang wirklich besteht, dass es sich nicht immer um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, zeigt die Häufigkeit des Vorkommens, welche durch die Erfahrung jedes praktischen Arztes bestätigt wird. Bei der Mangelhaftigkeit unserer ätiologischen Kenntnisse auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten darf diese Hinweise weder der klinische Forscher noch der praktische Arzt ausser Acht lassen, umsomehr als sich mancherlei auch praktisch wichtige Ergebnisse für die Diagnose, Prognose und Therapie einzelner Fälle von geistigen Störungen daraus ergeben.

Wir müssen in jedem einzelnen Fall uns folgende Fragen vorlegen:

1. Ist eine körperliche Erkrankung, welche sich nicht direkt und ausschliesslich am Gehirn abspielt, für sich allein ohne Mitwirkung anderer Faktoren im Stande, eine Geistesstörung hervorzurufen?

2. Ist die so entstandene Geistesstörung durch bestimmte Symptome in ihrem Verlauf, ihrer Prognose gekennzeichnet, welche für die Entstehung aus der körperlichen Erkrankung charakteristisch sind?

3. Kann eine bereits bestehende Psychose durch körperliche Erkrankungen in ihrem Verlauf und der Schwere ihrer Erscheinungen wesentlich beeinflusst werden?

Wenn im Folgenden eine Beantwortung dieser Fragen versucht werden soll, so sei noch eine Bemerkung vorausgeschickt. Es ist ja bekannt, dass jede, auch die an einem einzelnen Organ sich abspielende Erkrankung den ganzen Organismus, also auch das Gehirn, in Mitleidenschaft zieht.

Es ist also die vorhin gemachte Trennung zwischen Erkrankungen, welche sich am Gehirn abspielen, und solchen anderer Organe eine mehr oder weniger künstliche, aber für den vorliegenden Fall vielleicht gerechtfertigt, wenn man hinzufügt, dass unter der ersteren diejenigen Schädlichkeiten verstanden werden sollen, welche ausschliesslich auf das Gehirn einwirken und hier unmittelbare und grobe Veränderungen setzen, also z. B. Entzündungen der Häute und der Hirnsubstanz, Neubildungen, Verletzungen des Schädels und Gehirns. Übrigens ist auch bei diesen groben Prozessen der ätiologische Zusammenhang mit der daraus etwa hervorgehenden Geistesstörung nicht so einfach. Wir sehen nach vielen derartigen Hirnerkrankungen eben keine Psychose entstehen, obwohl schwere Zerstörungen der Hirnsubstanz sicher vorhanden sind. In anderen Fällen aber giebt die anatomisch nachweisbare Hirnveränderung noch keineswegs den Schlüssel zum Verständnis aller klinischen Erscheinungen der durch sie bedingten Geisteskrankheit. So sind uns die durch die sog. progressive Paralyse der Irren gesetzten Hirnveränderungen bis in die feinsten mikroskopischen Details wohl bekannt; wir wissen aber noch nicht, warum wir auf dem Boden derselben Veränderungen eine Paralyse in dem einen Fall rasch mit schwerer Verblödung, im anderen Fall langsam mit hartnäckig festgehaltenen Wahnideen oder mit schwerer ängstlicher Verstimmung verlaufen sehen.

Es sollen also diejenigen Erkrankungen, welche sich in der gedachten Weise ausschliesslich am Gehirn abspielen und dort gröbere Veränderungen hervorrufen, nur vorübergehend erwähnt werden; die genauer nach ihrer Wirkungsweise zu besprechenden Schädlichkeiten kann man nach folgenden Gesichtspunkten einteilen:

1. traumatische Einwirkungen aller Art;
2. Intoxikationen;
3. akute Infektionskrankheiten;
4. sog. constitutionelle, erschöpfende Erkrankungen, wie Anämie, Diabetes, Carcinose, chron. Tuberkulose;

5. verschiedene, hauptsächlich in einzelnen Organen oder Organsystemen lokalisierte Erkrankungen.

I. Traumatische Schädlichkeiten.

Es handelt sich hier um mechanische, thermische und elektrische Gewalteinwirkungen verschiedener Form und Intensität.

Eine schwere Verletzung des Körpers kann auch am Schädel und seinem Inhalt, dem Gehirn, grobe, sofort wahrnehmbare Zerstörungen hervorrufen, welche unmittelbar eine Geistesstörung zur Folge haben können. Es handelt sich hier also um die bei Schädelfrakturen und schweren Gehirnerschütterungen zu Stande kommenden Verletzungen, Blutungen, Erweichungen oder in ihrem Gefolge auftretenden Abscedierungen der Hirnsubstanz, welche die verschiedenen Formen der traumatischen Epilepsie, schwere Verblödung u. s. w. hervorrufen können. Auch die nach Erhängungs-, Erdrosselungs- und Erstickungsversuchen beobachteten Geistesstörungen sind hierher zu rechnen, weil sie wahrscheinlich durch kleinste, infolge der venösen Stauung gesetzte Blutungen zu Stande kommen (Wollenberg, Lührmann, Oxenius). Im ganzen sind die Fälle dieser Art nicht allzu häufig und bedürfen, gemäss den oben gemachten Voraussetzungen, einer eingehenden Besprechung nicht. Es sei nur noch darauf hingewiesen, dass, im Gegensatz zu den Fällen der folgenden Gruppe, hier die Veränderung des Gehirns grob nachzuweisen ist, gewöhnlich unmittelbar nach der Verletzung eintritt, und dass auch die auf diesem Weg zu Stande kommende Geistesstörung in den meisten Fällen als die unmittelbare, direkte Folge der Gewalteinwirkung zu betrachten ist.

Gewalteinwirkungen verschiedener Art können den ganzen Körper oder eines seiner Organe treffen, ohne dass gleichzeitig eine gröbere Zerstörung des Gehirns oder seiner Hüllen dabei zu beobachten ist.

Im Anschluss an derartige Verletzungen sehen wir nicht selten kürzere oder längere Zeit nachher schwere Geistesstörungen aller Art auftreten, wobei der ätiologische Zusammenhang zwischen der Gewalteinwirkung und der späteren Erkrankung nicht ohne weiteres klar liegt. Hierher gehört zunächst eine Gruppe von anatomisch und klinisch wohlcharakterisierten Gehirnkrankheiten, wie Hirntumoren, multiple Sklerose, verschiedene Formen der progressiven Paralyse und des arteriosklerotischen Irreseins. Alle diese Erkrankungen haben ja für gewöhnlich eine andere, gelegentlich aber auch eine traumatische Ätiologie. Gemeinsam ist den meisten dieser Fälle, dass die ihnen zu Grund liegenden anatomischen Veränderungen des Centralnervensystems nicht direkt durch die Verletzung hervorgerufen werden, und dass die einmal vollentwickelte Erkrankung auch gewöhnlich in ihren klinischen Symptomen nichts mehr aufweist, woraus auf eine traumatische Ätiologie geschlossen werden kann. Das Trauma ist in solchen Fällen mehr eine mittelbare oder Gelegenheitsursache: nachdem der Boden für die Entwicklung eines Tumors, einer paralytischen oder arteriosklerotischen Degeneration der Hirnrinde bereits vorbereitet war, hat das Trauma nur den letzten Anstoss zum Entstehen dieser Veränderungen gegeben oder den in seinen Anfängen bereits vorhandenen Prozess zu rascherem Wachstum gebracht; vielleicht wirken dabei durch die Erschütterung bedingte molekulare Umlagerungen der Hirnsubstanz, vielleicht auch kleinste organische Veränderungen, miliare Blutungen u. s. w., die an sich ohne klinische Symptome verlaufen, mit. Praktisch, namentlich für die Begutachtung bei Unfällen, sei darauf hingewiesen, dass der ätiologische Zusammenhang zwischen Trauma und Hirnerkrankung gewöhnlich dann anerkannt wird, wenn die ersten klinischen Symptome sicher nach dem Unfall, wenn auch verschieden lange Zeit darnach, aufgetreten sind. Natürlich muss das Trauma auch von einiger Schwere gewesen sein und eine starke Erschütterung des Körpers gesetzt haben; man wird nicht ohne weiteres bei jedem Paralytiker, der Jahre vor

seiner Erkrankung einmal einen Fall gethan hat, dieses Trauma als Ursache der Paralyse bezeichnen. Es muss eben auch hier eine individuelle Entscheidung getroffen werden. In seltenen Fällen werden gewisse halbseitige Symptome, namentlich Paresen oder Reizerscheinungen (Krämpfe, gesteigerte Reflexerregbarkeit) im Bereich einzelner Extremitäten noch in Zusammenhang gebracht werden können mit der auf die entsprechende Stelle des Schädels stattgehabten Gewalteinwirkung.

Neben den erwähnten Gehirnerkrankungen mit sicherer anatomischer Grundlage sehen wir nach Traumen auch mancherlei Geistesstörungen ohne bestimmte anatomische Veränderungen eintreten. So findet man gelegentlich bei einer sog. einfachen Psychose, einer Melancholie, einer der Paranoiaformen, in der Vorgeschichte ein schweres Trauma als Ursache angegeben. Auch hier unterscheidet sich gewöhnlich die Psychose in ihren Symptomen, ihrem Verlauf und ihrer Prognose durchaus nicht von den unter anderer Ätiologie zu Stande kommenden gleichen klinischen Bildern. Auch hier spielt eben das Trauma nur die Rolle einer Gelegenheitsursache bei dem Zustandekommen der Psychose, für die der Boden durch andere Schädlichkeiten, z. B. eine degenerative Anlage oder frühere Erkrankungen, längst vorbereitet war. Vermittelt mag in manchen Fällen das Zustandekommen der Geistesstörung werden durch die Schwächung infolge schwerer Blutverluste (z. B. auch gelegentlich bei operativen Eingriffen) oder langdauernden, schwächenden Krankenlagers nach complicierten oder inficierten Wunden aller Art.

Die grösste Bedeutung unter den „traumatischen Geistesstörungen“ beanspruchen jedoch in wissenschaftlicher, wie in praktischer Beziehung die sog. „traumatischen Neurosen und Neuropsychosen“, d. h. an eine Gewalteinwirkung sich anschliessende schwere, nervöse und psychische Störungen, wobei das Gehirn bedeutendere, die Symptome der Erkrankung erklärende anatomische Veränderungen nicht aufzuweisen braucht. Die Ätiologie und Klinik der

traumatischen Neurosen, deren Hauptcontingent die Unfallneurosen bilden, hat bekanntlich seit mehr als einem Jahrzehnt einen lebhaften Streit der Meinungen und eine umfangreiche Litteratur hervorgerufen; eine treffliche Übersicht über den jetzigen Stand der Frage giebt die meisterhafte Darstellung von L. Bruns, der wir uns in den Hauptpunkten in dem Folgenden anschliessen. Die in Frage stehende Erkrankung kann nach Unfällen der verschiedensten Art auftreten unter dem klinischen Bild der Hysterie, der Neurasthenie und Hypochondrie, wozu sich von eigentlichen Psychosen gesellen die Melancholie und die Paranoia; selten trifft man eine dieser Formen rein und isoliert, gewöhnlich sind sie mit einander combiniert und gehen in einander über. Gerade diese Vermischung von heterogenen, nervösen und psychischen Krankheitsformen zu einem klinischen Bild ist charakteristisch für die traumatische oder Unfallneurose. Daneben aber finden wir trotz dieser Mannigfaltigkeit der Erscheinungen in fast jedem Fall bestimmte Symptome wiederkehren, welche dem Krankheitsbild ein eigenartiges Gepräge verleihen. Vor allem stehen häufig die schweren Krankheitserscheinungen in gar keinem Verhältnis zu der unbedeutenden Verletzung, auf die der Kranke trotzdem fast alle seine Beschwerden zu beziehen sucht. So kommt es, dass noch mehr als bei der reinen, nicht traumatischen Hysterie die Neigung zur Übertreibung (seltner völligen Simulation) der Krankheitssymptome besteht, dass häufig alle Versuche, den Kranken unter Überwindung seiner wirklich vorhandenen oder vermeintlichen Schmerzen wieder zu einer geordneten Thätigkeit zu bewegen, an dem Mangel an Energie scheitern, dass schliesslich in schweren Fällen eine querulierende Form der Paranoia resultiert. Bekanntlich sind die letzteren Züge insbesondere charakteristisch für die Unfallneurose im engeren Sinn, d. h. diejenigen Fälle der genannten Art, welche nach unserer heutigen Unfallgesetzgebung den Kranken zum Empfang einer Rente für die Dauer seiner ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit berechtigen. Betreffs der genaueren klinischen Symptomatologie und Differentialdiagnose

hauptsächlich gegenüber der Simulation sei hier nochmals auf die Arbeit von Bruns hingewiesen.

Was den ätiologischen Zusammenhang der Erkrankung mit dem erlittenen Unfall betrifft, so kommen die materiellen Folgen desselben am wenigsten in Betracht; es kann höchstens an eine Körpererschütterung gedacht werden, welche in einzelnen Fällen vielleicht feinere anatomische Veränderungen am Centralnervensystem oder seinen Hüllen oder seinem Gefässsystem hervorruft. Bei der Mehrzahl der Fälle jedoch stehen im Vordergrund psychische Momente, also in erster Linie „der erlittene Schreck, dann die Sorgen um Leben und Gesundheit, um Ausübung des Berufs, die Existenz der Familie“ (Bruns); endlich spielen die auf Erlangung einer Unfallrente gerichteten Begehrungsvorstellungen und die damit verbundenen Konflikte mit den Berufsgenossenschaften, Gerichten und Gutachtern eine erhebliche Rolle bei der Entstehung und Befestigung des rein psychischen Teiles der Störungen. Interessant ist auch die Bemerkung von Prince, dass die bei sportlichen Spielen (Fussball u. s. w.) vorkommenden Traumen nie Neurosen im Gefolge haben, offenbar weil jeder Spieler vorbereitet ist, ein Trauma zu erleiden und Unfallansprüche nur in den seltensten Fällen erhoben werden können. Es sei noch darauf hingewiesen, dass es sich in vielen Fällen von Unfallpsychosen nicht um psychisch vollkommen intakte Individuen handelt, sondern der Boden häufig durch prädisponierende Momente: degenerative Anlage, Schwächung durch Alkoholismus, Lues, schlechte Ernährung, unordentliche Lebensweise vorbereitet wurde. Eine Erläuterung dazu giebt folgender Fall:

Ein Arbeiter (Glaser) fällt beim Fenstereinsetzen von 1 m Höhe rückwärts mit dem Hinterkopf auf eine Balkenlage; er geht nach Hause und klagt keine besondere Schmerzen. Nach 2 Tagen bricht ein heftiger tobsüchtiger Erregungszustand aus, der sofortige Aufnahme ins Krankenhaus und Isolierung nötig macht. Der Kranke verweigert die Nahrung, kriecht fortwährend auf dem Boden herum, äussert lebhafte Verfolgungsideen und stirbt am 5. Tag nach dem Unfall an Herzschwäche. Die Obduktion ergab ältere chronische Entzündung der Pia, Hirnatrophie, äusseren und inneren Hydrops

und kleinste frische Blutungen, sonst kein Zeichen eines Traumas. Nachträglich wurde noch bekannt, dass der Patient stark getrunken habe und in der letzten Zeit Gedächtnisschwäche zeigte. Der Obergutachter (A. Cramer) musste zu dem Schluss kommen, dass hier wahrscheinlich eine durch Alkoholmissbrauch bedingte chronische Hirnveränderung, welche jedoch an sich nicht lebensgefährlich war, vorlag, dass aber an der tötlich verlaufenden Erkrankung doch das Trauma die Schuld trage und der Wittwe deshalb die Rente zuzusprechen sei.

Es ist also die traumatische Neurose und Psychose ein in ihren klinischen Symptomen wohlcharakterisiertes Krankheitsbild von ganz bestimmter Ätiologie. Aber die eigentliche Entstehungsursache, die Gewalteinwirkung, ist gewissermassen nur das erste Glied in einer Kette weiterer ätiologischer Momente, welche für das Zustandekommen der Erkrankung von ungleich höherer Bedeutung sind. Demgemäss ist auch die Prognose und Therapie zum geringsten Teil abhängig von der Behandlung der Verletzung und der Beseitigung der durch sie etwa gesetzten körperlichen Störungen; vielmehr kommt die Behandlung der oben angedeuteten, weiteren ätiologischen Momente, die Regelung der Rentenansprüche, die psychische Beeinflussung im Sinne einer Stärkung der Energie u. s. w. in Betracht.

Gelegentlich sehen wir, worauf namentlich A. Cramer hingewiesen hat, nach schwereren oder leichteren Gewalteinwirkungen ein traumatisches Irresein auftreten, welches charakterisiert ist durch eine rasche Abnahme der Intelligenz, Auftreten von Charakterveränderungen, ethische Defekte und häufig Intoleranz gegen Alkohol, wobei die auf Erlangung einer Rente gerichteten Begehrungsvorstellungen völlig fehlen können. Häufig handelt es sich dabei um eine schwerere, wenn auch nicht immer sofort nachweisbare Schädigung des Gehirns, und es kann schliesslich klinisch und anatomisch ein der Paralyse ähnliches Krankheitsbild resultieren.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass traumatische Schädlichkeiten nur dann als einzige und unmittelbare Ursache von Geistesstörungen aufzu-

fassen sind, wenn sie gleichzeitig schwere, auch im klinischen Bild noch nachweisbare Zerstörungen des Gehirns setzen. Dagegen sind sie häufig die mittelbare oder auslösende Ursache sowohl organischer als funktioneller Geistesstörungen, bei denen jedoch der klinische Verlauf und der Sektionsbefund nichts auf die traumatische Ätiologie Hinweisendes zu bieten braucht. Eine Form, die Unfallneuropsychose, geht mit Symptomen einher, welche für den traumatischen Ursprung charakteristisch sind; aber das Trauma ist eine zwar notwendige, jedoch nicht die einzige und wichtigste Ursache dieser Geistesstörung.

II. Toxische Schädlichkeiten.

1. Exogene Vergiftungen. Unter den Intoxikationspsychosen stellen die nach einmaliger oder chronischer Darreichung von arzneilichen oder Genussgiften auftretenden Geistesstörungen den Typus dar, an welchem man den ätiologischen Zusammenhang zwischen äusserer Schädlichkeit und klinischer Erscheinungsform am besten erkennen kann. Denn einmal handelt es sich um ziemlich genau bekannte und abmessbare Ursachen, deren Wirkungsweise man vielfach auch experimentell studieren kann; ferner erzeugt die in Betracht kommende Schädlichkeit häufig auch eine anatomisch nachweisbare, leichtere oder schwerere Veränderung an den Elementen des Centralnervensystems.

Das bestbekannte Beispiel hierfür ist die akute oder chronische Vergiftung mit Alkohol, welche sich vielfach in wohlcharakterisierten klinischen Krankheitsbildern äussert. Als solche kennen wir bei der akuten Alkoholintoxikation den Rausch und zwar vor allem den pathologischen Rausch oder die pathologische Bewusstseinsstörung der Trinker, bei der chronischen Vergiftung das Delirium tremens, die Alkoholepilepsie als attaquenweise auftretende Erkrankungen, die Alkoholparanoia und

die Alkoholparalyse als Geistesstörungen von längerer Dauer. Dazu kommt nach neueren Untersuchungen (Bonhöffer) noch die „Korsakow'sche" (polyneuritische) Psychose. Es ist hier nicht der Ort, auf die Symptomatologie dieser Formen einzugehen; sie möge in jedem Handbuch der Psychiatrie nachgesehen werden. Hervorzuheben ist nur Folgendes: Wie schon die Namen angeben, haben diese Zustände Ähnlichkeit mit Geistesstörungen anderer Ätiologie (Epilepsie, Paranoia, Paralyse); von diesen unterscheiden sie sich jedoch durch gewisse Eigentümlichkeiten im klinischen Bild und in der Prognose, welche in jedem Fall wieder anzutreffen sind und auf den alkoholischen Ursprung schliessen lassen, z. B. die bekannten visionären Sinnestäuschungen des Deliranten, der Eifersuchtswahn des Alkoholparanoikers u. s. w. Wir haben hier also den Fall, dass eine von aussen auf den Körper wirkende Schädlichkeit eine Geistesstörung von bestimmtem, klinischem Charakter macht; man kann aus dem Verlaufe dieser Geistesstörung und aus einzelnen Symptomen — in vielen Fällen wenigstens — rückschliessend das ätiologische Moment, die Alkoholvergiftung, erkennen. Es kommt weiter hinzu, dass sich, wenigstens bei einem Teil dieser Psychosen, regelmässige organische Verändernngen gröberer und feinerer Art am Centralnervensystem finden, welche in jedem Fall wiederkehrend und unter bestimmten Voraussetzungen einigermassen charakteristisch sind. So lassen chronisch entzündliche Prozesse an der Dura und Pia von bestimmter Anordnung, diffuse Hirnatrophie, das Verhalten der Gefässe und der Glia mit einiger Sicherheit den Rückschluss zu, dass es sich um die Folgen des chronischen Alkoholismus handelt; bestehen dabei auch akute Prozesse an den Ganglienzellen und Nervenfasern, sowie capilläre Blutungen, so ist der Schluss berechtigt, dass ein Delirium tremens vorgelegen hat. (Bonhöffer.) Sicher ist jedenfalls, dass bei alkoholischen Geistesstörungen sich häufiger und schwerere organische Veränderungen am Centralnervensystem anatomisch nachweisen lassen, als bei den ähnlich verlaufenden, rein funktionellen Psychosen von anderer Ätiologie.

Sind also die Alkoholpsychosen Beispiele von Geistesstörungen, welche in erster Linie durch exogen auf den Körper einwirkende Schädlichkeiten entstehen, so sind dabei doch eine Anzahl von Umständen zu beachten, welche zeigen, wie weit man mit einer solchen ätiologischen Auffassung gehen darf. Denn wir wissen noch gar nicht, warum auf dem Boden der gleichen Schädlichkeit, der chronischen Alkoholvergiftung, das eine Individuum an einer der Paranoia ähnlichen Geistesstörung, das andere unter paralyseartigen Erscheinungen, das dritte aber vielleicht nur mit schweren körperlichen Störungen erkrankt. Ebensowenig ist bisher klar gestellt, weshalb bei einem chronischen Alkoholisten plötzlich ein deliranter oder ein mit epileptischen Attaquen einhergehender Zustand ausbricht. Dass hier neben der Zeitdauer und Schwere der Vergiftung auch noch Gelegenheitsursachen — körperliche Erkrankungen, namentlich infektiöser Art, Traumen — mitwirken, ist sicher; aber welche Rolle diese Momente spielen, ob sie vielleicht eine Stoffwechselstörung herbeiführen und dadurch eine Selbstvergiftung des Organismus bedingen (Bonhöffer), das können wir nur vermuten. Dass also sowohl bei dem Zustandekommen einer Alkoholpsychose überhaupt als in Bezug auf die specielle Art derselben neben der Schwere und Dauer der Vergiftung auch eine ganze Menge individueller Momente von Bedeutung ist, ist zweifellos.

Unter Umständen spielt der Alkohol nur die Rolle des agent provocateur, der auf dem durch andere Momente vorbereiteten Boden die Erkrankung zum Ausbruch bringt, wie in folgendem Fall: 26jähr. Mann hat im 8. Lebensjahre schwere Gehirnerschütterung, später Typhus und andere Erkrankungen durchgemacht und war seit dieser Zeit geistig weniger leistungsfähig als früher, aber kein Potator. Zu Kaisers Geburtstag schwerer Alkoholexcess; 3 Tage später setzt eine psychische Störung mit lebhaften Erregungszuständen, Sinnestäuschungen und Verwirrtheit ein.

Unter den prädisponierenden Ursachen sind sicher die erbliche Belastung und die degenerative Anlage von der grössten Bedeutung. Nach Kerr sind 50%, nach Lewis 46% aller chronischen Alkoholiker erblich belastet. Be-

sonders wichtig scheint dabei wieder die sog. gleichartige Belastung zu sein, insofern als namentlich häufig chronischer Alkoholismus der Eltern eine hochgradige Intoleranz der Kinder gegen Alkohol hervorruft und dadurch zum Auftreten der Alkoholpsychosen Anlass giebt; aber auch alle möglichen anderen Psychosen und Neurosen können in der nächsten oder ferneren Ascendenz von Alkoholikern auftreten. W. Strohmayer, der neuerdings auf Grund einer sorgfältigen Individualstatistik diese Verhältnisse untersucht hat, kommt gerade durch diese Resultate zu dem Schluss, „dass der Alkohol direkt toxisch auf die Keimzellen der Erzeuger wirkt". Am leichtesten werden die Alkoholpsychosen da zu Stande kommen, wo die durch Schädlichkeiten in der Ascendenz hervorgerufene abnorme Anlage und verminderte Widerstandsfähigkeit des Centralnervensystems auch objektiv sich in Symptomen körperlicher, nervöser oder psychischer Art, in sog. Degenerationszeichen, äussert. Bekannt ist ja, dass degenerierte, d. h. solche Individuen, die eine grössere Anzahl derartiger Degenerationszeichen, vor allem auch auf seelischem Gebiet, aufzuweisen haben, oft schon nach einmaligem mässigem Alkoholgenuss Zustände hochgradiger Erregung, Verwirrtheit oder Bewusstseinsstörung bekommen können. In der Ätiologie dieser pathologischen Bewusstseinsstörungen nach akuter Alkoholvergiftung spielen also die prädisponierenden Momente, vor allem die degenerative Anlage, die durch die oben erwähnten Zeichen nachzuweisen ist, eine bedeutsame Rolle, die auch praktisch wichtig wird, wenn es sich darum handelt, die Intoleranz des betr. Individuums, z. B. für die gerichtliche Begutachtung, nachzuweisen (A. Cramer).

Die lange Gewöhnung der Menschheit an das Alkoholgift und seine weite Verbreitung erklärt vielleicht zum Teil die Thatsache, dass die Alkoholpsychosen ziemlich gleichartige, in jedem Fall wiederkehrende Krankheitsbilder darstellen.

Bei den anderen Vergiftungspsychosen ist dies weniger der Fall. Auch diejenigen unter ihnen, welche in Bezug auf ihre Entstehung durch lange fortgesetzte Giftdarreichung

noch am ehesten mit den Folgen der chronischen Alkoholvergiftung in Analogie gesetzt werden können (Morphinismus, Cocainismus), haben zwar in ihren Symptomen einzelne charakteristische Züge, welche sie auch von den Alkoholpsychosen unterscheiden; aber aus dem psychischen Zustandsbild allein, ohne Berücksichtigung der Vorgeschichte und sonstigen Umstände (z. B. Injektionsnarben), die Diagnose auf die Ätiologie zu stellen, dürfte nur in seltenen Fällen gelingen. Noch weniger ist dies der Fall bei den nach akuten Vergiftungen auftretenden Geistesstörungen, welche in der That mit allen möglichen Symptomen einhergehen können und einen Rückschluss auf die zu Grunde liegende toxische Schädlichkeit nicht gestatten. Was die pathologisch-anatomische Seite betrifft, so findet man allerdings nach den meisten, schweren, akuten und subakuten Vergiftungen Veränderungen am Centralnervensystem, und sind solche namentlich auch experimentell nachgewiesen (Nissl); es hat sich aber gezeigt, dass auch sie nichts für die specielle Art des Giftes Charakteristisches haben, dass sich vielmehr dieselben Veränderungen auch nach anderen Schädkeiten finden. Ebensowenig sicher, einwandsfrei und ätiologisch charakteristisch sind die durch chronische Vergiftungen gesetzten Veränderungen. Eine Ausnahme machen hiervon vielleicht — abgesehen vom chronischen Alkoholismus — die nach chronischer Bleivergiftung auftretenden Geistesstörungen, welche manchmal unter dem Bild der Paralyse oder Epilepsie verlaufen. Hier ist gelegentlich ein ziemlich schwerer, auffälliger Befund in Gestalt von Sklerose der Hinterstränge des Rückenmarks, Atrophie und Sklerose der Hirnrinde, Degeneration der Ganglienzellen (Ceni), zu erheben. Aber auch hier erwächst wieder dieselbe Frage, weshalb die gleiche und gleichstark einwirkende Schädlichkeit nur in einzelnen Fällen so schwere Veränderungen der Hirnsubstanz mit psychischen Störungen auslöst, während sie in anderen Fällen sich auf die peripheren Nerven oder die Körperorgane beschränkt. Auch die Bleipsychosen sind, wie Jones hervorhebt, klinisch nicht einheitlich gelagert. Ähnliche

Unterschiede kennzeichnen die neuerdings beschriebenen, nach Schwefelkohlenstoffvergiftung auftretenden Krankheitsbilder. (Köster, Laudenheimer.) Laudenheimer hat gezeigt, dass von einer Anzahl von Gummiarbeitern, welche der gleichen Schädlichkeit (der Schwefelkohlenstoffvergiftung im Vulkanisierraum) ausgesetzt waren, ein Teil unter rein körperlichen, ein Teil an nervösen Symptomen und ein dritter Teil an schweren Psychosen, namentlich depressiv-hypochondrischen Formen erkrankte; die letzteren waren fast ohne Ausnahme belastete Individuen, während bei den rein somatischen und nervösen Erkrankungen eine degenerative Veranlagung nur in wenig Fällen nachgewiesen werden konnte. Diese Thatsache wirft ein interessantes Licht auf die Ätiologie der toxischen Psychosen, und L. kann, auf sie gestützt, die Ansicht aussprechen, „dass derjenige Arbeiter, der 2 Monate vulkanisiert hat, ohne geisteskrank zu werden, voraussichtlich (auch sonst) psychisch gesund bleiben wird.“ Im übrigen sind die von L. geschilderten Schwefelkohlenstoffpsychosen teils maniakalische, teils depressive, teils stuporöse Zustände, welche sich durch manche Eigenheiten und besonders auch durch Symptome organischer Nervenkrankheiten von den entsprechenden psychischen Krankheitsbildern anderer Ätiologie unterscheiden; aber diese Unterschiede sind nicht so hochgradig (es handelt sich ja zudem um belastete Personen), dass man daraus ohne Kenntniss der Anamnese die Diagnose auf die Entstehungsursache machen könnte; ausserdem wissen wir auch hier nicht, weshalb bei der gleichen Vergiftungsursache verschiedene klinische Kranheitsbilder zu Stande kommen.

2. Endogene Vergiftungen. Auch bei vielen Infektionskrankheiten kommen Giftwirkungen in Betracht; es handelt sich dabei um die bakteriellen Toxine. Zweckmässig sind die so entstehenden Psychosen jedoch in einem gesonderten Abschnitt zu besprechen. Dagegen ist hier noch die Besprechung eines andereren Vergiftungsvorganges am Platz, der sog. Autointoxication, d. i. der Vergiftung des Organismus durch Produkte des eigenen, nach irgend einer Richtung krankhaft veränderten Stoffwechsels. Als man, vor nicht

allzu langer Zeit, den Vorgang der Autointoxication kennen lernte, da war es nahe liegend, ihn zur Erklärung so dunkler Punkte, wie der Pathogenese mancher Psychosen, heranzuziehen. In der That weisen ja auch mancherlei Momente, namentlich klinische Gesichtspunkte, auf die Ähnlichkeit einzelner Geistesstörungen mit dem Bild schwerer Vergiftungen hin. Bei anderen hat man die Autointoxication wenigstens als Mittelglied in der ätiologischen Kette verwenden wollen, als ein Moment, das, durch eine andere Schädlichkeit ausgelöst, auf dem schon vorbereiteten Boden die Psychose zum Ausbruch bringt. So ist fast bei den meisten acut eintretenden und bei vielen chronisch verlaufenden Geistesstörungen schon die Frage einer Autointoxication als Ursache erörtert worden.

Wenn jedoch die Annahme einer Autointoxication als Grundlage psychischer Störungen mehr als eine in vielen Fällen allerdings recht wahrscheinliche Hypothese sein soll, so muss man verlangen, dass 1. die Entstehung des fraglichen Giftes in einem bestimmten Organ des Körpers gezeigt wird, und 2. das Gift selbst irgendwo im Organismus, entweder an seiner Wirkungsstelle im Gehirn oder im Blut circulierend oder unter den Ausscheidungsprodukten nachgewiesen wird. Die erste Bedingung ist einigermassen erfüllt bei den Psychosen, welche im Gefolge von schweren Organerkrankungen (Niere, Leber, Schilddrüse, chronische Magendarmstörungen) auftreten, während wir über die Art des dabei entstehenden Giftes auch hier noch im Unklaren sind. Wie weit dabei die Annahme einer Autointoxicationspsychose gerechtfertigt ist, soll bei der Besprechung der einzelnen Organerkrankungen gezeigt werden. In anderen Fällen, wo man ohne Kenntnis einer bestimmten Lokalerkrankung eine Selbstvergiftung des Organismus annahm, ist der Nachweis des so entstandenen Giftes bisher noch weniger gelungen. Es ist vielfach auf pathologische, bei diesen Zuständen auftretende Harnprodukte hingewiesen worden, vor allem auf das Aceton (Wagner v. Jauregg u. a.). Nach neueren experimentellen Untersuchungen führt jedoch das Aceton für sich allein keine Ver-

giftung herbei. Es scheint sein Auftreten im Urin bei den genannten Zuständen nur darauf hinzuweisen, dass überhaupt Störungen des Stoffwechsels vorhanden sind. Ob ferner diese Störungen das Primäre sind und durch ihre Produkte die Gehirnthätigkeit alterieren, oder ob sie wie die Psychose selbst nur die Folge eines dritten, noch unbekannten Faktors sind, ist noch zweifelhaft. Sicher ist aber, dass auch hier in vielen Fällen noch andere das Centralnervensystem treffende Schädlichkeiten eine Rolle spielen, in erster Linie auch wieder die degenerative Veranlagung oder das Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Umstände, z. B. schwächende Erkrankungen, schlechte Ernährung, gewisse, psychischen Störungen besonders ausgesetzte Lebensalter wie die Pubertät. So giebt Kraepelin an, dass bei der von ihm als Dementia praecox bezeichneten Geistesstörung, bei welcher ein Zusammenhang mit Autointoxication nicht ausgeschlossen ist, sich erbliche Belastung in 70% aller Fälle findet. Es handelt sich also hier um ein in der ersten Anlage und Entwicklung gestörtes Centralnervensystem, das in der Zeit der Pubertät den an dasselbe gestellten Anforderungen nicht gewachsen ist und versagt.

Die sog. Intoxicationspsychosen zeigen uns also Folgendes:

Ein von aussen einwirkendes oder im Körper selbst gebildetes Gift kann eine vorübergehende oder dauernde Geistesstörung hervorrufen, deren klinisches Bild aber nur in manchen Fällen ein einheitliches ist und einen Rückschluss auf die Ursache gestattet. Häufig finden sich dabei auch organische, durch die Giftwirkung gesetzte Veränderungen des Centralnervensystems von in der Regel nicht charakteristischer Art. Neben der Giftwirkung als solcher kommen auch andere schädigende Momente, wie erbliche Belastung, Schwächung des Körpers durch Erkrankungen u. s. w., in Betracht; diese Momente, erklären es zum Teil, dass dieselbe Vergiftung der Qualität, Intensität und Dauer nach verschiedene Geistesstörungen hervorrufen kann.

III. Infektionskrankheiten.

Eng an die Intoxicationspsychosen schliessen sich nach unserer heutigen pathogenetischen Auffassung an die in Begleitung oder im Gefolge von Infektionskrankheiten auftretenden psychischen Störungen. Auch hier handelt es sich um eine acut einsetzende exogene Schädlichkeit, die bei einem bis dahin geistig anscheinend intacten Individuum das Auftreten länger oder kürzer dauernder Geistesstörungen zur Folge haben kann. Derartige Zustände können, wenn man die Berichte der einschlägigen Literatur durchsieht und sich der eigenen Beobachtungen erinnert, fast bei jeder Infektionskrankheit auftreten. Es scheinen aber einzelne derselben besonders häufig psychische Störungen in ihrem Gefolge zu haben. Nach einer von Althaus gemachten Zusammenstellung von ca. 460 in der Literatur beschriebenen Infektionspsychosen entfallen auf:

Influenza	113	Fälle,
Rheumatismus	96	„
Typhus	87	„
Pneumonie	43	„
Variola	41	„
Cholera	19	„
Scharlach	16	„
Erysipel	11	„ .

Man wird die Häufigkeit der Influenzapsychosen in erster Linie auf die grosse Verbreitung der Influenzaepidemien in den beiden letzten Jahrzehnten zurückzuführen, geneigt sein. Althaus weist indessen darauf hin, dass dies nicht die einzige Ursache sein könne; denn sonst müssten die Masern, die eine noch viel weiter verbreitete Infektionskrankheit sind, in noch höherem Grade beteiligt sein. Man kann dem gegenüber allerdings einwenden, dass die Masern ein so lange der civilisierten Menschheit eingeimpftes Virus darstellen, dass sie infolge der langen Gewöhnung zu schweren psychischen Störungen nicht mehr führen. Dagegen ist die Influenza erst seit neuerer Zeit wieder in schweren, grossen

Epidemien und Pandemien aufgetreten und zeigt ja auch in ihren sonstigen Erscheinungen fast alljährlich schwerere Symptome, ein Beweis, dass eine Angewöhnung an dies Infektionsvirus noch nicht eingetreten ist.

Was die klinische Form der bei Infektionskrankheiten vorkommenden psychischen Störungen betrifft, so beobachtet man kurz dauernde Zustände von einfacher psychischer Abgeschlagenheit und Benommenheit, dann Verwirrungszustände und Bewusstseinstrübungen mit und ohne lebhafte Sinnestäuschungen und Wahnideen, also Symptome, welche sich auch sehr häufig bei den sog. Erschöpfungspsychosen finden, worauf neuerdings wieder Raecke hinweist; weiterhin aber trifft man Bilder typischer Psychosen vom Charakter der acuten Verwirrtheit, der einfachen und hypochondrischen Melancholie, selbst der Paralyse. Für die spezielle Art der Infektion scheint die Form der Psychose nicht charakteristisch zu sein; es sind fast für jede Infektionskrankheit alle Arten der Geistesstörung beschrieben. Auch die Dauer der Psychose, ihr Verlauf, Ausgang und zeitlicher Zusammenhang mit der sie begleitenden Infektionskrankheit ist ein sehr wechselnder. Doch lassen sich von letzterem Gesichtspunkt aus die in Betracht kommenden Zustände einigermassen gruppieren.

Wir finden 1. bei allen möglichen leichteren und schwereren Infektionskrankheiten zu Beginn und auf der Höhe der fieberhaften Temperatursteigerungen ziemlich kurz dauernde Zustände, die von einfacher Mattigkeit, leichter psychischer Ermüdung oder Reizbarkeit bis zur geringeren oder stärkeren Verwirrtheit und Benommenheit häufig mit lebhaften Sinnestäuschungen schwanken. Diese längst bekannten Fieberdelirien scheinen in gar keiner Beziehung zu der speziellen Art des das Fieber hervorrufenden Infektionsvirus zu stehen; sie können bei allen fieberhaften Erkrankungen leichteren oder schwereren Grades auftreten.

2. Treffen wir ähnliche Zustände, aber von längerer Dauer und schon mehr bestimmten psychischen Krankheitsbildern sich nähernd, welche von Kraepelin als Infektionsdelirien bezeichnet werden. Neben heiterer Erregung kommt

hier traurige, selbst hochgradig ängstliche Verstimmung vor. Dabei findet sich häufig hochgradige Unorientiertheit, Auseinanderfallen oder ausserordentliche Beschleunigung der Vorstellungsthätigkeit (Incohärenz und Ideenflucht) mit der Neigung zu flüchtigen Sinnestäuschungen und Wahnideen. Diese Infektionsdelirien können unabhängig von der Fieberhöhe auch bei nicht fiebernden Kranken in jedem Stadium des betreffenden Grundleidens auftreten. Bei manchen Infektionskrankheiten fügt sich die psychische Störung jedoch so in den Verlauf ein, dass sie für ein bestimmtes Stadium desselben einigermassen typisch ist, so im Prodromalstadium der Pocken und in einzelnen Stadien des Typhus. Gerade beim Typhus können so wohl ausgeprägte psychische Krankheitsbilder im Vordergrund der Erscheinungen stehen, dass die ganze Erkrankung mehr als eine acut einsetzende Psychose imponiert, bis die übrigen körperlichen Symptome und der weitere Verlauf des Leidens die Diagnose der Grundkrankheit gestatten. Gelegentlich können die körperlichen Symptome auch völlig fehlen, wie in den Fällen von Deiters (typhöses Initialdelirium) und Audemard. Eine sehr gute Zusammenstellung aller nach Typhus beobachteten Neurosen und Psychosen giebt Friedländer.

3. Endlich beobachten wir eine Reihe auch wieder der Schwere und Form nach sehr verschiedener geistiger Störungen, welche kürzere oder längere Zeit nach Ablauf der eigentlichen Infektionskrankheit einsetzen; Althaus bezeichnet sie als postfebrile Psychosen. Dahin gehören einmal die von Kraepelin als postinfectiöse Schwächezustände beschriebenen Formen; ein Teil derselben entspricht noch dem psychischen Zustand der normalen Reconvalescenz von einer schweren Erkrankung und stellt sich dar als leichte Ermüdbarkeit, Verstimmung und Reizbarkeit; weiter aber werden ausgeprägte, an die acute Paranoia und an die acuten stuporösen Zustände erinnernde Bilder schwerer psychischer Erschöpfung beobachtet. Endlich möchte ich zu dieser Gruppe der postfebrilen Psychosen alles das rechnen, was in der Litteratur beschrieben ist an Beobachtungen über das Auf-

treten von Psychosen im weiteren Anschluss an Infektionskrankheiten. Das sind so ziemlich alle bekannten Bilder von Psychosen von der Melancholie und Manie zu den Formen der acuten und chronischen Paranoia und selbst zur Paralyse. Der Mannigfaltigkeit dieser psychischen Störungen entspricht auch der lockere zeitliche Zusammenhang mit der Grunderkrankung. Je nach der Auffassung des einzelnen Beobachters werden Psychosen, welche nach vielen Monaten auftreten, noch auf Rechnung der vorausgegangenen Infektionskrankheit geschoben. Althaus rechnet auf Grund seiner Statistik dazu alle diejenigen Geistesstörungen, welche in der Reconvalescenz oder innerhalb der nächsten 6 Monate auftreten, vorausgesetzt, dass inzwischen keine andere wichtige Ursache eingewirkt hat, und dass gewisse Symptome während dieser ganzen Zeit auf eine Störung des seelischen Gleichgewichtes hinwiesen.

4. Endlich ist zu erwähnen, dass, nach vielerlei Beobachtungen, im Verlauf schon bestehender, meist chronischer Psychosen durch intercurrent einsetzende Infektionskrankheiten Veränderungen des psychischen Krankheitsbildes teils nach der guten, teils nach der schlimmen Seite geschaffen werden können. Solche Besserungen sind namentlich beobachtet bei Erkrankungen an Pneumonie, Typhus und bei Streptococceninvasion (Erysipel, Phlegmonen, z. B. in den Fällen von Azémar). Es ist sogar versucht worden, bei protrahiert verlaufenden Psychosen mit mangelhafter Heilungstendenz durch subcutane Injection von Streptococcenculturen (Catala) oder Einimpfung von Erysipel eine Besserung des psychischen Krankheitsbildes zu erzielen. Hasslett berichtet auch von günstigem Einfluss von Rheumatismus und Pocken auf den Verlauf chronischer Psychosen, namentlich Melancholien; sogar die Vaccination soll dabei günstig wirken. Nach meinen Erfahrungen muss ich die letztere Thatsache bestreiten: sämtliche (ca. 450) Kranke der Göttinger Anstalt wurden in den Jahren 1900 und 1901 wegen drohender Pockengefahr der Vaccination unterzogen; ich habe bei keinem einzigen Fall eine darauf zurückzuführende Veränderung des psychischen Bildes wahrnehmen können.

Nicht selten kann man beobachten, dass im Verlauf einer chronischen Psychose, namentlich der Paranoia, eine intercurrente Infektionskrankheit das auslösende Moment einer neuen Attaque wird, von der ein weiterer Fortschritt der psychischen Erkrankung datiert. Ein an chronischer Paranoia leidender Kranker meiner Beobachtung im Alter von ca. 25 Jahren war stets wohl und trug seine Wahnideen lebhaft und geordnet vor. Eines Nachmittags klagte er über Schwindel; die körperliche Untersuchung ergab leichte Bronchitis und Temperatursteigerung. Der Kranke lag aber, trotz der geringen körperlichen Symptome, mehrere Tage unbeweglich zu Bett, sprach nicht, verweigerte die Nahrung. Nach einigen Tagen war das Fieber vorüber; der Kranke wurde wieder etwas lebhafter, gab an, Kreuz- und Rückenschmerzen gehabt zu haben, und stand wieder auf. Er blieb aber seit dieser Zeit in einem stuporösen Zustand und zeigte zeitweise ausgesprochen katatonische Erscheinungen: Negativismus, kataleptisches Verhalten der Extremitäten und automatenhaftes Wesen in seinen Reden und Handlungen.

Wenn wir nun den ätiologischen Zusammenhang der geschilderten psychischen Zustände, mit den sie begleitenden oder ihnen vorangehenden Infektionskrankheiten untersuchen, so ergiebt sich Folgendes: Für die als Fieberdelirien und Infektionsdelirien bezeichneten Formen ist wohl zweifellos die körperliche Erkrankung die direkte und hauptsächlichste Ursache. Sehen wir diese Störungen doch auftreten und verschwinden mit der betreffenden Infektionskrankheit. Dasselbe ist der Fall bei einem Teil der postfebrilen Psychosen, namentlich wenn sie in der Reconvalescenz auftreten, oder wenn nach dem Ablauf der Infektionskrankheit, vor dem Erscheinen der psychischen Störung schon Zeichen eines gestörten psychischen Gleichgewichts beobachtet wurden. Wie wir uns in diesen Fällen die Pathogenese zu denken haben, ist ebenfalls klar. Bei den Fieberdelirien selbst mag die erhöhte Körpertemperatur, dann aber auch die Beschleunigung der Herzthätigkeit und des ganzen Stoffwechsels das schädigende Moment liefern. Aber schon hier und namentlich für die Infektionsdelirien in erster Linie kommt in Betracht das spezifische Gift der Infektion und seine direkte Einwirkung auf das Centralnervensystem. Dass die Infektionsgifte in erster Linie das Nervensystem und zwar sowohl das periphere wie das centrale schädigen, ist seit

langem aus klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen, wie aus experimentellen Untersuchungen bekannt. Es sei hier nur auf die jedem Praktiker vorkommenden, postdiphterischen Lähmungen peripherer Nerven hingewiesen; dass sie zu den frühesten und constantesten Wirkungen des Diphteriegiftes gehören, geht schon daraus hervor, dass sie nach Einführung der Serumbehandlung, welche die Zahl der diphterischen Todesfälle enorm herabsetzte, nicht seltener wurde (Woollacott). Es finden sich aber bei der Diphterie, ebenso wie bei anderen schweren Infektionskrankheiten und bei sonstigen fieberhaften Zuständen auch anatomisch nachweisbare Erkrankungen des Rückenmarks (Hinterstränge, Vorderhornganglien), der Medulla oblongata (Blutungen im Höhlengrau), der Hirnrinde (Zell- und Faserdegenerationen). (Vergl. die Arbeiten von Nissl und seinen Schülern, dann von Alt, Binswanger, Juliusberger und Meyer, Heilbronner u. a.!). Allerdings sind wir noch nicht in der Lage, die pathologische und differential-diagnostische Bedeutung dieser Veränderungen der nervösen Elemente zu beurteilen; aber wir können einen Teil der klinischen Erscheinungen, vor allem die Incohärenz der Associationsthätigkeit, die sprunghaft auftretenden Sinnestäuschungen aus diesen in der Rinde und den subcorticalen Regionen gesetzten herdförmigen Erkrankungsprocessen erklären. Wir werden also hier, ähnlich wie bei den Toxikopsychosen an eine direkte, organische Schädigung des Centralnervensystems durch Infektionskrankheiten zu denken haben.

In manchen Fällen werden die psychischen Störungen zweifellos auch durch eine direkte Infektion des Centralorgans mit den specifischen Mikroorganismen der Grundkrankheit ausgelöst. Es handelt sich dann eben um eine wirkliche, durch die Mikroorganismen der Pneumonie, des Milzbrandes, Erysipels, der Influenza hervorgerufene Meningitis oder Encephalitis. Auch beim Typhus kennt man schon lange eine Form mit hauptsächlich cerebralen Symptomen als sog. „Meningotyphus“, und Stadthagen hat in ähnlichen Fällen die Typhusbacillen in encephalitischen Herden nachgewiesen.

Audemard geht so weit, dass er eine grosse Anzahl der als acute Amentia („confusion mentale") verlaufenden Zustände für Äusserungen eines „cerebralen Typhus" ansieht, gestützt darauf, dass bei diesen Fällen die Vidalsche Serumreaktion positiv ausfiel; er glaubt, dass es sich dabei um eine Ansiedlung der Typhusbacillen in den Lymphscheiden der Rindengefässe handle. Wenn man aber bedenkt, dass die Vidalsche Reaktion auch noch sehr lange nach stattgehabtem Typhus positive Resultate ergiebt, so muss man doch noch andere, namentlich körperliche Symptome im Verlauf einer psychischen Erkrankung fordern, um dieselbe als typhös bezeichnen zu können. Auch bei Gruppe 4, den im Verlauf einer chronischen Psychose unter dem Einfluss einer Infektionskrankheit auftretenden Änderungen, muss man an eine direkte Einwirkung der Toxine (oder wie Azémar will, der vom Körper gebildeten Antitoxine) auf das Gehirn denken.

Wir können also für die bisher erwähnten Formen als hauptsächlichstes ätiologisches Moment unbedingt die zu Grund liegende Infektionskrankheit bezeichnen, welche teils durch ihre Mikroorganismen, noch häufiger aber durch ihre Toxine schwere, oft anatomisch nachweisbare Veränderungen im Centralnervensystem gesetzt hat. Dagegen ist bei der Mehrzahl der postfebrilen und postinfektiösen Psychosen der Zusammenhang mit der zu Grund liegenden Infektionskrankheit ein viel loserer. Klinisch nähern sich viele dieser geistigen Störungen dem Bild der auf anderer Grundlage entstandenen Psychosen; ihr Verlauf und ihr Ausgang ist oft völlig unabhängig von der körperlichen Erkrankung; sie liegen häufig auch prognostisch ungünstiger, als die vor der Reconvalescenz auftretenden psychischen Störungen. Für einen Teil dieser Fälle kommt als ursächliches Moment gewiss die Erschöpfung infolge der durchgemachten Erkrankung in Betracht, die bei einzelnen Infektionen, z. B. beim Typhus, einen hohen Grad erreicht. In vielen anderen Fällen aber kann man bei genauer Analyse aller Umstände der Vorgeschichte in der vorausgegangenen Infektionskrankheit nur die Gelegenheitsursache sehen, welche den Anstoss zum Ausbruch der Psychose ge-

geben hat; dabei mögen mehr psychisch wirkende Faktoren, wie die Unterbrechung der gewohnten Lebensweise und der Berufsthätigkeit, die Sorge der Angehörigen und des Kranken selbst um die Wiedererlangung der Gesundheit pp., eine Rolle spielen. Namentlich werden die im Anschluss an Infektionskrankheiten einsetzenden Fälle von progressiver Paralyse so zu verstehen sein, dass die Gehirnerkrankung schon vorbereitet war, und die toxischen oder infektiösen Reize nur die funktionellen Störungen zum Ausbruch brachten oder ihr Auftreten beschleunigten. Eine lediglich durch eine Infektionskrankheit entstandene echte Paralyse halte ich nicht für wahrscheinlich.

Auch bei anderen postinfektiösen Psychosen wirken ausser den von der Infektionskrankheit abzuleitenden Ursachen zweifellos noch zahlreiche andere Momente mit, welche man wieder unter den Namen der Prädisposition zusammenfassen muss. Nach der Zusammenstellung von Althaus finden sich z. B. in 70% aller Influenzapsychosen prädisponirende Momente aller Art.

Wie gelegentlich eine Häufung solcher prädisponierender Momente den Boden für eine Infektionspsychose vorbereitet, ohne dabei die Prognose für die einmalige psychische Erkrankung absolut ungünstig zu gestalten, zeigt folgendes Beispiel, das ein 21jähriges Mädchen betrifft:

a) Heredität: Vater und 2 seiner Schwestern litten an Melancholie; ein Bruder des Vaters starb an Selbstmord, ein anderer machte einen Suicidversuch; die Tochter eines dieser Brüder war geisteskrank. Die Mutter der Patientin war sehr „nervös", der Vater der Mutter geisteskrank. Eine Schwester der Patientin ist „nervös."

b) Individuelle Schädlichkeiten: Patientin hatte als Kind Hüftgelenkentzündung, im 9. Jahr Typhus, später Chlorose und chronische Magen- und Darmbeschwerden.

c) Vorbereitende Ursachen: Im Winter 1899|1900 anstrengende Vorbereitung für das Lehrerinnenexamen, dann Abreise von zu Hause, Aufenthalt in einer fremden Pension. Im Februar 1900 Examen, welches mit Erfolg bestanden wurde.

d) Ausbruch der Erkrankung: Am Schluss des Examens Influenza, in der Reconvaleszenz davon setzt das psychische Leiden ein anfangs unter dem Bild maniakalischer, sexuell gefärbter Er-

regung, dann schwerer Depression mit Nahrungsverweigerung und hartnäckigen Selbstmordversuchen. Genesung nach 1/2 Jahr.

Von erheblichem Einfluss scheint nach allen Berichten und Beobachtungen auch das Alter des betreffenden Individuums zu sein. Besonders kindliche Psychosen schliessen sich ausserordentlich häufig an Infektionskrankheiten an. So berichtet Kalischer von einer schweren maniakalischen Erregung, welche bei einem 3jährigen belasteten Mädchen in der 3. Woche nach Influenza auftrat; Kühn erwähnt 2 Diphteriepsychosen bei gleichfalls belasteten Kindern. Es ist ja auch klar, dass gerade das kindliche, an und für sich weniger widerstandsfähige Gehirn am leichtesten auf die Schädlichkeit einer Infektion mit einer psychischen Störung reagiert. Wir wissen auch, dass derartige Schädlichkeiten je früher im Leben sie das Gehirn treffen, um so schwerere und nachhaltigere Folgen in demselben und weiterhin in der psychischen Thätigkeit setzen. Eine Altersperiode, die gleichfalls für den Ausbruch der Psychosen auf der Grundlage von Infektionskrankheiten eine bedeutsame Rolle spielt, ist die Pubertät mit ihren gesteigerten Anforderungen an körperliche und psychische Leistungsfähigkeit des Individuums.

Hierzu gehört folgender Fall: 12jähriges, stark entwickeltes, nicht belastetes Mädchen hatte im Januar 1901 schwere Influenza und erholte sich langsam davon. Ca. 4 Wochen später traten Krampfanfälle auf, von denen einige halbseitigen Charakter hatten und kurzdauernde Lähmungen des Facialis und Armes der betreffenden Seite zurückliessen; dabei häufiges Erbrechen. Mit der Diagnose Encephalitis erfolgte Aufnahme in die innere Klinik. Hier trat mehr und mehr ein hysterischer Character der Anfälle hervor; gleichzeitig zeigten sich aber psychische Störungen, Erregungszustände, Schmieren mit Kot u. s. w., welche die Aufnahme in die Irrenanstalt nötig machten. Körperlich bestand die ganze Zeit kein Fieber; dagegen hatte die Kranke einen Bandwurm, war sehr anämisch und hatte ein starkes, systoliches (anämisches) Herzgeräusch. Nach Beseitigung des Bandwurms, unter der Darreichung von Eisen und guter Ernährung besserte sich das psychische Befinden langsam und unter öfteren Rückfällen. Dabei traten keine Krämpfe mehr auf; wohl aber zeigte sich noch häufig eine Ungeschicklichkeit in einfachen Bewegungen der Arme, die an Ataxie erinnerte. Hier bestand offenbar eine durch das schnelle Wachstum entstandene Anämie, welche vielleicht

durch den Bandwurm noch verstärkt wurde. Die Influenza mag leichteste encephalitische Herde in dem mangelhaft ernährten Gehirn gesetzt haben, als deren Folge anfangs die epileptiformen Krämpfe, später die psychischen Störungen hervortraten. Dass die letzteren einen hysterischen Charakter trugen, schliesst ihre Entstehung von kleinen organischen Hirnveränderungen nicht aus, sondern erklärt die Hartnäckigkeit derselben und die öfteren Recidive.

Zusammenfassend ist über die Infektionspsychosen Folgendes zu bemerken:

Infektionskrankheiten aller Art können von kürzer oder länger dauernden psychischen Störungen begleitet oder gefolgt sein, die je nach ihrer zeitlichen Beziehung zur Grunderkrankung als Fieberdelirien, Infektionsdelirien und postinfektiöse Psychosen unterschieden werden.

Ein Teil derselben steht in engem, ätiologischen Zusammenhang mit dem Grundleiden, insofern als Erhöhung der Körpertemperatur, Beschleunigung des Stoffwechsels, vor allem aber das lebende, infektiöse Virus oder die Infektionstoxine direkt schädigend auf das Gehirn einwirken. Diese Fälle sind häufig auch in ihrem Verlauf und Ausgang von dem Grundleiden abhängig.

Bei vielen anderen, namentlich den postinfektiösen Psychosen ist die Infektionskrankheit häufig nur ein auslösendes Moment für die bereits latent vorhandene Psychose.

Die meisten Infektionskrankheiten entstehen auf einem durch Prädisposition irgendwelcher Art vorbereiteten Boden.

Das klinische Bild der Infektionspsychosen ähnelt dem der Erschöpfungspsytchosen (Raecke); dagegen ist es für die spezielle Art der zu Grunde liegenden Infektion in den allermeisten Fällen nicht charakteristisch.

Für die Praxis ergiebt sich aus diesen Betrachtungen, dass man bei allen akut einsetzenden psychischen Störungen, namentlich des Kindesalters, auch an die Möglichkeit einer

zu Grunde liegenden Infektionskrankheit zu denken hat, und dass der Verlauf und die Prognose dieser Störungen um so günstiger sind, je schneller die Heilung der Grundkrankheit erfolgt, und je energischer eine sorgfältige Kräftigung des Kranken in der Reconvaleszenz betrieben und Nachschübe der Infektion verhütet werden.

IV. Dyskrasische Erkrankungen.

Eine weitere Gruppe körperlicher Erkrankungen, welche häufig geistige Störungen in ihrem Gefolge haben, kann man als allmählich einsetzende, allgemeine erschöpfende Erkrankungen, als sog. Dyskrasien zusammenfassen. Hierzu möchte ich rechnen die chronischen Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes, Albuminurie, Anämie und Chlorose, dann die allgemeine Carcinose, die allgemeine, chronische Tuberkulose und die Syphilis, endlich die auf Erkrankungen der Schilddrüse zurückzuführenden Stoffwechselstörungen. Diese Gruppe entbehrt, wie man sieht, einer einheitlichen pathogenetischen Grundlage. Einen Teil der hier aufgeführten Störungen könnte man ebensogut als Autointoxicationen bezeichnen und in die Gruppe der Vergiftungen verweisen; andere gehören zu den Infektionskrankheiten, wie die Tuberkulose und Syphilis; wieder andere gehen sicher von den Veränderungen bestimmter Organe wie Schilddrüse, Niere, aus. Für den Gegenstand der vor liegenden Untersuchung haben sie jedoch alle das Gemeinsame — und das rechtfertigt ihre Zusammenfassung in eine Gruppe —, dass sie gewöhnlich nicht akut einsetzen, wie die meisten Infektionskrankheiten, dass ihre Wirkung sich nicht auf ein einzelnes Organ beschränkt, und dass wir pathogenetisch ihren schädlichen Einfluss suchen müssen in einer Veränderung des Gesamtstoffwechsels, teils im Sinne einer Verschlechterung desselben, die zu mangelhafter Ernährung und dadurch zur Erschöpfung des Centralnervensystems führt, teils im Sinne der Produktion pathologischer, wahrscheinlich giftig

wirkender Stoffe. Die auf dieser Grundlage entstehenden geistigen Störungen sind in ihrem Verlauf wie in ihren Symptomen ausserordentlich mannigfaltig und für die Grundkrankheit wenig charakteristisch. Nur diejenigen unter ihnen, welche akut einsetzen und verlaufen, weisen gewöhnlich die von Raecke für die „Erschöpfungspsychosen" als charakteristisch hervorgehobenen Symptome auf: die Herabsetzung der Aufmerksamkeit, die Unorientiertheit, die Inkohärenz und lebhafte, flüchtige Sinnestäuschungen und Wahnideen.

Für die Lungentuberculose und allgemeine Tuberculose hat Heinzelmann in einigen Arbeiten gezeigt, wie die fortgeschrittene körperliche Erkrankung selbst eine Schwäche des Gemütslebens und der Urteilsfähigkeit herbeiführen kann. Er erwähnt besonders die Labilität der Stimmung, die Neigung zur Rührseligkeit, die falsche Beurteilung der eigenen Lage und der Beziehungen zur Umgebung; vielfach besteht auch eine Herabsetzung der Willensthätigkeit, eine Scheu vor jeder Beschäftigung, die zu der gesteigerten Libido sexualis im Gegensatz steht. Dabei ist es nicht nur der phthisische Krankheitsprozess selbst, der diese psychischen Veränderungen hervorruft, sondern vor allem auch äussere Momente: der Einfluss der Angehörigen, die eigenartig veränderte Lebensweise, namentlich solcher Tuberculöser, welche jahrelang in Heilanstalten und Kurorten sich aufhalten, die Bemitleidung von Seite der Bekannten u. s. w. Als eine spezielle Eigenart wird von H. die bei moribunden Phthisikern auftretende Euphorie bezeichnet. Neben diesen an der Grenze des Pathologischen stehenden psychischen Veränderungen finden sich aber auch ausgesprochene Geistesstörungen bei Tuberculösen. Paris hat hauptsächlich ängstliche, hallucinatorische Erregungs- und Verwirrungszustände beobachtet; er schreibt dieselben einem psychischen Shock zu, welchen die Erkenntnis von der Unheilbarkeit des Leidens setze; wo sich das Grundleiden bessere, gingen auch die psychischen Erscheinungen zurück. Dass auch bei den sog. Korsakow'schen Psychosen neben dem Alkoholismus auch die Tuberculose

häufig eine ätiologische Rolle spielt, würde oben schon erwähnt.

Nicht selten habe ich bei Tuberculösen eine andere Form psychischer Erkrankung beobachtet, von der folgender Fall ein Beispiel giebt:

P. stammt aus tuberculos schwer belasteter Familie (Mutter und 2 Grosseltern starben an Tuberculose), hatte als Kind Lungenentzündung mit Gehirnerscheinungen. Mit 23 Jahren wurde sie Krankenschwester, machte im 26. Jahr schweren Typhus durch und erkrankte im 40. Jahr an Spitzenkarrh. Schon ehe die Lungenerkrankung und ihr tuberculöser Charakter festgestellt wurde, traten schwere hypochondrische Ideen bei ihr auf, die offenbar auf abnorme Organgefühle (speziell der Lunge) zurückzuführen waren. Dann machten lebhafte, ängstliche Sinnestäuschungen, Erregungszustände und Suicidversuche die Aufnahme in die Anstalt nötig. Hier traten mit dem Fortschreiten der Lungentuberculose ausgesprochene Wahnideen verfolgenden und religiösen Inhalts auf, während hypochondrische Ideen nicht mehr geäussert wurden. P. erlag ihrem Lungenleiden; in der Agone wurde die bis dahin fortgesetzt ängstliche Stimmung ruhiger, die Orientierung klarer; die Wahnideen traten zurück.

Hier hat sich also eine schwere Paranoia von anfänglich ausgesprochen hypochondrischem Charakter entwickelt. Es scheint mir doch, als ob gerade die schleichend beginnende Tuberculose, noch ehe sie dem Kranken oder dem Arzt richtig bewusst wird, zur Entwickelung von hypochondrischen Ideen besonders geeignet ist; in den von ihr befallenen Organen entstehen gewiss zahlreiche abnorme Sensationen, die dann in irgend einer Weise hypochondrisch verarbeitet werden. Bei Tuberculösen von geringer Bildung, die nicht, wie diese Krankenschwester, über einiges medizinische Wissen verfügen, trifft man dann auf derselben Basis viel kritikloser geäusserte, ungeheuerliche hypochondrische Wahnideen.

Es sei auch noch darauf hingewiesen, dass die Tuberculose ein erhebliches, hereditär prädisponierendes Moment für Psychosen darstellt und zwar in höherem Grade als andere Infektionskrankheiten oder sonstige chronische Erkrankungen der Vorfahren (mit Ausnahme der Geistesstörungen). Namentlich englische Autoren erwähnen geradezu ein Alter-

nieren von Tuberculose und Psychosen in der Descendenz und führen die Disposion zu tuberculösen Organerkrankungen auf eine mangelhafte Funktion supponierter trophischer Centren im Gehirn zurück. Dass psychische Störungen natürlich gelegentlich auch durch tuberculöse Erkrankungen des Centralnervensystems selbst (Meningitis) hervorgerufen werden können, braucht nicht besonders erwähnt zu werden.

Was die Beziehungen der Syphilis zu Geistesstörungen betrifft, so sind uns zwei Formen von Psychosen bekannt, welche in engem Zusammenhang mit der Lues stehen und durch ziemlich wohlcharakterisierte Veränderungen am Gehirn ausgezeichnet sind: die eigentliche Hirnlues und die progressive Paralyse, erstere eine Teilerscheinung der allgemeinen Syphilis, letztere jetzt gewöhnlich als metasyphilitische Erkrankung aufgefasst. Da bei beiden die Veränderungen am Gehirn im Vordergrund stehen, so gehören sie nicht in diese Besprechung. Bezüglich der Paralyse sei hier nur erwähnt, dass die jetzt wohl allgemein geteilte Anschauung die Syphilis allerdings für die vornehmste und häufigste Ursache der Paralyse hält; wenn sie fehlt, so können höchstens sehr lange und sehr intensiv einwirkende Schädlichkeiten ein ähnliches, aber meistens noch anatomisch-histologisch abzugrenzendes Bild erzeugen. Anderseits legt schon der Umstand, dass nicht jeder Syphilitiker paralytisch wird, die Vermutung nahe, dass noch andere Faktoren zum Zustandekommen einer Paralyse nötig sind. Neben der angeborenen geringeren Widerstandsfähigkeit des Gehirns (Raecke) kommen individuell erworbene Prädispositionen: schwere geistige Arbeit, häufige seelische Erregungen, dann chronisch einwirkende, äussere Schädlichkeiten, z. B. des Berufs, ferner Traumen, Infektionskrankheiten, Alkoholabusus in Betracht. In diesem Sinn müssen also die vielfach als traumatische, infektiöse, toxische Paralyse bezeichneten Erkrankungen verstanden werden, dass die betreffenden Schädlichkeiten immer nur ein prädisponierendes Moment oder eine Gelegenheitsursache neben einer stattgehabten syphilitischen Infektion darstellen, wenn wirklich das klinische und anatomische Bild der echten Paralyse zu Stand kommen soll.

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass bei Syphilitikern gelegentlich schwere Neurasthenie (Syphilisneurasthenie) auftritt, deren klinisches Bild dem einer hypochondrischen Melancholie oder Paralyse gleicht. Dabei ist das wichtigste ätiologische Moment die schwere seelische Verstimmung; es kann aber auch die Schwächung des Nervensystems durch die Infektion und durch die arzneilichen Gifte in Betracht kommen (Oppenhein). Unter Umständen ist hier die Abgrenzung von der echten Paralyse schwierig und die Übergänge flüchtig.

Die bei carcinomatöser Erkrankung irgend eines Körperorgans auftretenden geistigen Störungen können in einem Teil der Fälle erklärt werden durch multiple Metastasen im Gehirn und den Gehirnhäuten. Siefert hat gezeigt, dass dabei das Gehirn makroskopisch fast unverändert erscheinen kann, während das Mikroskop allenthalben zerstreut Carcinomelemente nachwies; das klinische Bild war in den Fällen Siefert's einigermassen charakteristisch und gleichartig. In 3 Fällen von Carcinomerkrankung der Körperorgane beobachtete Elzholz Geistesstörungen, welche eine gewisse Übereinstimmung im Verlauf und den Symptomen zeigten: lebhafte Sinnestäuschungen, Unorientiertheit, hochgradige Erregung; bei zwei dieser Fälle bestand eine Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks, die auch anderweitig bei Carcinomkranken gefunden wurde. E. nimmt an, dass diese Rückenmarksdegenerationen durch giftige Produkte der Carcinome entstehen, und erklärt durch ähnliche toxische Einwirkungen auf die Hirnrinde auch die beobachteten Geistesstörungen. Die Notwendigkeit, auch hier die Autointoxicationstheorie zur Erklärung der Geistesstörungen herbeizuziehen, erscheint angesichts der Befunde von Siefert (s. o.) mindestens zweifelhaft. Es kommt hinzu, dass ähnliche Rückenmarksdegenerationen wie bei Carcinomatose auch bei anderen erschöpfenden Krankheiten, z. B. der Anämie und Chlorose, gefunden wurden; es kann sich also ebensogut um Degenerationen infolge von Ernährungsstörungen des Nervensystems handeln, wie sie bei allen erschöpfenden Erkrankungen auftreten. Auch die bei schweren Anämien (z. B. infolge von

Blutungen) beobachteten Geistesstörungen tragen hauptsächlich den Charakter der Erschöpfungspsychosen (Raecke). Nur in seltenen Fällen lassen sich anderweitige, gröbere Störungen im Gehirn nachweisen. So fand ich bei einem an perniciöser Anämie leidenden jungen Mädchen, das nach einer acut einsetzenden, mit schwerer Verwirrung und Erregung verlaufenden Geistesstörung gestorben war, eine Thrombose der grossen Hirnsinus, die sich weit in die Hirnvenen erstreckte und multiple miliare Hirnblutungen hervorgerufen hatte. Wo aber solche nachweisbare Befunde im Gehirn fehlen, wird man die bei Carcinomatose und bei Anämie auftretenden Geistesstörungen als Erschöpfungspsychosen, bedingt durch die Ernährungsstörung der Nervensubstanz, auffassen können.

Näher liegt die Annahme einer toxischen Einwirkung auf das Centralnervensystem bei den mit Albuminurie einhergehenden acuten geistigen Störungen. Es ist wohl zweifellos, dass die comatösen Zustände bei Nephritis durch eine (urämische) Intoxication des Centralnervensystems bedingt werden, wenn wir auch die Natur des betreffenden Giftes noch nicht kennen.

Man sieht aber auch ausgesprochene länger dauernde Geistesstörungen aller Art in Begleitung von Albuminurie verlaufen (Hagen, Köppen); am häufigsten wird dieser Befund bekanntlich bei dem alkoholischen Delirium tremens erhoben. Köppen hat darauf hingewiesen, dass es sich bei einem Teil dieser Fälle vielleicht um eine cerebral ausgelöste Albuminurie handelt und zwar dann, wenn kein Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer wirklichen organischen Nierenveränderung besteht. In diesen Fällen wäre also die Albuminurie ebenso wie die geistige Störung nicht die Ursache, sondern die Folge einer (funktionellen oder organischen) Veränderung des Gehirns. Bei der Schwierigkeit, Nebenumstände auszuschliessen, geht aber auch diese Annahme nicht über den Charakter einer Hypothese hinaus; in einzelnen Fällen können auch die den psychischen Zustand begleitenden körperlichen Störungen (Krämpfe, Fieber, Nahrungsverweigerung) die Ur-

sache der Eiweissausscheidung sein. Vielfach liegt es aber doch näher, an eine Vulnerabilität der Niere zu denken, welche, durch äussere Umstände (Erkältung, Diätfehler) begünstigt, attaquenweise auftretende Reizungen des Gehirns durch Harngifte macht.

Zu dieser Annahme veranlasst mich die Beobachtung eines Falles, bei dem auf der Grundlage des chronischen Alkoholismus eine depressive Psychose mit ängstlichen Sinnestäuschungen und Stupor einsetzte. Auf der Höhe der Erkrankung bestand starke Albuminurie ohne Zeichen einer schwereren Nephritis. In der Reconvalescenz war der Urin eiweissfrei; der Kranke bekam aber zweimal bei Diätfehlern (ohne Alkoholgenuss) Rückfälle ängstlicher Verstimmung mit erneutem Auftreten von Eiweiss. Patient hatte kurz vor Einsetzen der psychischen Erkrankung ein schweres Erysipel durchgemacht.

Wenn dabei auch manchmal die Eiweissausscheidung erst nach dem Einsetzen der geistigen Störung auftritt, so beweist das eben nur, dass erst eine Anhäufigung schädlicher Stoffe im Kreislauf erfolgen muss, ehe sie sich durch Ausscheidung derselben kundgiebt. Was die klinischen Formen der urämischen Psychosen anbetrifft, so giebt Hagen an, dass sich häufiger solche depressiven Charakters mit ängstlichen Sinnestäuschungen oder körperlichen Beeinträchtigungsgefühlen finden. Die Diagnose des Grundleidens dürfte aus den psychischen Symptomen allein nicht möglich sein.

Die Beziehungen zwischen Diabetes und Geistesstörungen sind noch weniger einheitlich. Bond fand bei 175 Psychosen 12mal Glykosurie. In wievielen Fällen dabei der Diabetes als ätiologisches Moment zu betrachten ist, wird nicht angegeben. Häufig scheint es umgekehrt zu sein; namentlich findet man bei der Paralyse und anderen schweren Gehirnkrankheiten gelegentlich eine Glykosurie, die offenbar cerebral bedingt ist. Eine andere Bedeutung haben die in der Agone durch das Coma diabeticum ausgelösten psychischen Störungen, die, ähnlich wie das urämische Coma, auf eine Autointoxication zurückzuführen sind. In zwei Fällen meiner Beobachtung habe ich bei schon länger bestehendem hochgradigen Diabetes im Alter von 50—60 Jahren eine Geistes-

störung entstehen sehen, welche unter dem Bild der senilen Demenz mit zahlreichen paralytischen Zügen verlief. Bei beiden, ihrer Bildung und gesellschaftlichen Stellung nach hochstehenden Kranken trat rasch eine erhebliche Schwäche, namentlich des Gedächtnisses und der Urteilsfähigkeit, besonders auch auf moralischem Gebiet (Neigung zu Obscönitäten und sexuellen Handlungen) auf. Bei dem einen ergab die Sektion starke Arteriosklerose der Hirnaterien neben den feineren Veränderungen, die sich bei der echten Paralyse finden. Hier hat der Diabetes offenbar das frühzeitige Zustandekommen einer arteriosklerotischen Hirnatrophie begünstigt und die Erscheinungen der präsenilen Demenz hervorgerufen.

Hierher gehören auch die nach schwerem Ikterus beobachteten psychischen Erscheinungen von Katalepsie bei Kindern (Damsch) und schwerer agitierter Melancholie (Cramer). Die Befunde am Gehirn ergaben im letzteren Fall keine schweren Veränderungen. Die beiden Autoren lassen die Frage offen, ob die Cholaemie selbst oder ein unbekanntes Toxin oder Verdauungsstörungen zu dem Bild der vorliegenden schweren Erschöpfungspsychose geführt hat.

Bei den diathetischen Erkrankungen sind auch die als thyreogene Irreseinsformen bezeichneten Geistesstörungen zu besprechen. Obwohl mit der Erkrankung eines bestimmten Organs, der Schilddrüse, zusammenhängend, beruhen sie doch offenbar auf allgemeinen Stoffwechselstörungen. Als Folgen gestörter Thätigkeit der Schilddrüse kennen wir das postoperative und idiopathische Myxödem, den Morbus Basedow und den endemischen und sporadischen Cretinismus. Mit allen diesen Zuständen können leichtere oder schwerere Geistesstörungen verbunden sein, die namentlich beim Cretinismus sich als hochgradiger, angeborener Blödsinn äussern. Ausserdem aber hat Herthoge in mehreren Arbeiten darauf hingewiesen, dass es, namentlich bei Frauen, Zustände depressiven, unter dem Bild der Melancholie verlaufenden Irreseins giebt, welche durch gleichzeitige körperliche Symptome besonders im Bereich der Circulationsorgane, dann durch die Häufigkeit

cretinistischer Nachkommenschaft ihren Zusammenhang mit den Stoffwechselstörungen der Schilddrüse documentieren. Die specifische Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten zeigt in diesen Fällen eine erhebliche Besserung der psychischen Erscheinungen. Weitergehend hat man auch bei den verschiedenartigsten, chronisch verlaufenden Psychosen einen Zusammenhang mit gestörter Schilddrüsenthätigkeit zu finden gesucht, ohne im allgemeinen durch klinische Merkmale oder sonstige pathogenetische Gesichtspunkte dazu berechtigt zu sein. Auch die therapeutischen Versuche, die nach dieser Richtung angestellt wurden, sind ohne einheitliches Resultat geblieben.

Zusammenfassend ist über die Erkrankungen dieser Gruppe Folgendes zu bemerken:

Die bei chronischen dyskrasischen Krankheiten vorkommenden Geistesstörungen sind wenig einheitlich und für die Grunderkrankung wenig charakteristisch. Wahrscheinlich wirken bei ihrem Zustandekommen auch noch andere Momente als die genannten diathetischen Zustände mit. Letztere haben aber einen wesentlichen Anteil an der Entwicklung dieser Psychosen, indem sie teils Erschöpfung des Organismus und Ernährungsstörungen des Gehirns durch die Verschlechterung des Stoffwechsels hervorrufen, teils durch Autointoxicationsvorgänge direkt eine Schädigung des Centralnervensystems setzen.

V. Erkrankungen einzelner Körperorgane.

Die bisher besprochenen körperlichen Erkrankungen haben das Gemeinsame, dass sie weniger ein einzelnes Organ, als den ganzen Körper betreffen: so erklärt es sich auch, dass sie leichter durch eine direkte Einwirkung auf das Gehirn zu einer Schädigung der Funktionen desselben führen können. Es erübrigt noch die Frage, ob auch die

bei einzelnen Organerkrankungen gelegentlich auftretenden Geistesstörungen in einem, wenn auch nur mittelbaren Zusammenhang mit der körperlichen Grundursache stehen.

Zunächst ist hier zu erwähnen ein psychisches Krankheitsbild, welches Beziehungen zu allen möglichen Körperorganen aufweisen kann, die Hypochondrie in ihren verschiedenen Formen. Ob diese Zustände einer eigenen klinischen Krankheitsform angehören, soll hier nicht erörtert werden; für den vorliegenden Zweck haben sie jedenfalls das gemeinsame, hervorstechende Symptom, dass die Gemütsverstimmung, wie die Klagen und wirklichen Beschwerden des Hypochonders sich oft auf ein bestimmtes Körperorgan beziehen. Es ist bekannt, dass einer Anzahl dieser Fälle wirkliche, schwere oder leichtere, aber meist chronische Erkrankungen der betreffenden Organe zu Grund liegen; man kann sie als „Hypochondria cum materia“ bezeichnen (Alt). Dass dies besonders häufig die chronische Lungentuberkulose ist, wurde oben bereits erwähnt; nicht selten findet man auch bei der Sektion derartiger Hypochonder Tumoren, Reste von Entzündungen seröser Häute, namentlich der Pleura und des Peritoneums, in Gestalt von fibrösen Verwachsungen und Strangbildungen u. s. w. Dabei braucht die betreffende Organerkrankung keineswegs immer klinisch nachweisbare, körperliche Symptome zu machen; sie kann, wenigstens für den untersuchenden Arzt völlig latent verlaufen und zur Ausheilung kommen ohne dass sie anatomische Veränderungen des betreffenden Organs zurücklässt, während der Kranke eben doch allerlei unbestimmte Empfindungen hat. Das hängt damit zusammen, dass der Inhalt unseres Bewusstseins zum grossen Teil auch aus Wahrnehmungen, welche von den Körperorganen übermittelt werden, den sogenannten Organgefühlen, besteht (somatopsychisches Bewusstsein Wernicke[1]). Vielleicht steht damit die Thatsache im Zusammenhang, dass sehr häufig die senilen Melancholien durch hypochondrische Züge ausgezeich-

1) Vergl. auch den von Wernicke in seinem Grundriss S. 259 geschilderten Fall von Somatopsychose.

net sind: der dem Alter eigene, physiologische Rückbildungsprozess aller Organe mag zur Entstehung veränderter Organgefühle am leichtesten Anlass geben.

In allen diesen Fällen kann also eine wirkliche Funktionsstörung des betreffenden Organs wenigstens die Richtung und den Inhalt der krankhaft veränderten Gefühls- und Vorstellungsthätigkeit bestimmen. Die eigentliche und einzige Ursache der betreffenden Psychose sind diese Organveränderungen nicht; das geht schon daraus hervor, dass die so entstehenden Wahnideen oft weit den Rahmen der durch die Organstörung überhaupt möglichen körperlichen Beschwerden überschreiten. Auch bringt selbst die Heilung des betreffenden körperlichen Leidens häufig nur eine vorübergehende Besserung, selten eine völlige Heilung der Geistesstörung. Es entstehen vielmehr die hypochondrischen Symptome auf dem Boden anderer, sowohl funktioneller als organischer Psychosen, wie der Melancholie, der Paranoia, der Paralyse und geben diesen ihre eigene, oben angedeutete Färbung. Von praedisponierenden Momenten spielt dabei einerseits die erbliche Belastung, dann aber auch der Zustand der Erschöpfung und Übermüdung des Nervensystems, den wir bei der Neurasthenie antreffen, eine erhebliche Rolle.

Neben diesen nur lose mit körperlichen Störungen zusammenhängenden hypochondrischen Psychosen sehen wir nach Erkrankungen bestimmter Organe gelegentlich noch andere Geistesstörungen auftreten, wobei in einzelnen Fällen der Zusammenhang vielleicht etwas inniger zu denken ist.

Von Erkrankungen der Sinnesorgane finden sich am häufigsten Ohrenleiden in der Vorgeschichte chronischer, namentlich hallucinatorischer Psychosen. Dabei sind die durch das Ohrenleiden bedingten subjektiven Beschwerden namentlich die Geräusche, wie Klingen und Sausen vielleicht die Veranlassung zum Auftreten von entsprechenden Sinnestäuschungen, welche die ersten Symptome einer späteren Paranoia darstellen. Das bei Schwerhörigen, auch wenn sie geistig sonst völlig normal sind, häufig vorhandene Misstrauen und die berechtigte Verstimmung über ihr unangenehmes und

von Tag zu Tag stärker werdendes Gebrechen mag dabei zur Entstehung der Psychose mitwirken. Freilich werden alle diese Momente nicht im Stande sein, aus sich heraus eine chronische Paranoia zu entwickeln, wenn nicht durch andere Umstände, wozu besonders eine degenerative Anlage gehört, eine gewisse Prädisposition geschaffen ist.

Zeitlich ist der Zusammenhang zwischen Ohrenleiden und Geistesstörung sehr gut in folgendem Fall zu erkennen: Ein Kaufmann, angeblich nicht belastet aber mit mehreren körperlichen Degenerationszeichen versehen, erkrankte vor ca. 7 Jahren an Mittelohrkatarrh und wurde schwerhörig; um diese Zeit übte er sein Geschäft noch mit Erfolg aus. Vor ca. 5 Jahren klagte er über Sausen und Klingen im Ohr, dann hörte er einzelne Zurufe und Stimmen, schliesslich ganze Worte; jetzt traten auch lebhafte Verfolgungsideen (Vergiftungsfurcht) bei ihm auf, die noch jetzt das Krankheitsbild beherrschen.

Die nach Kataraktoperation gelegentlich beobachteten delirösen Zustände kommen hauptsächlich bei senilen oder durch Alkohol, schlechte Ernährung geschwächten Individuen vor (Löwy) und dürfte die Augenoperation hier nur die Rolle einer Gelegenheitsursache spielen, wobei auch die Mitwirkung psychischer Momente (langes Verweilen in völliger Dunkelheit) nicht ausgeschlossen ist.

Unter den anderen Körperorganen ist namentlich auf den Zusammenhang von Erkrankungen des Circulationssystems mit Geistesstörungen hingewiesen worden. Die darüber vorliegenden statistischen Untersuchungen ergeben keine einheitlichen Resultate und keinen Aufschluss, ob es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen oder um einen ätiologischen Zusammenhang handelt. Allerdings scheint es, als ob bei dieser Erkrankungsgruppe prädisponierende Momente, namentlich die hereditäre Belastung weniger in Betracht kommt; man findet häufiger die Herz- oder Gefässerkrankung als einzige nachweisbare Schädlichkeit in der Anamnese. Dass im Verlauf schwerer Erkrankungen des Herzens und der Gefässe (Embolie und Thrombose bei Herzklappenfehler, Atherom der Gefässe) herdförmige Zerstörungen des Gehirns und damit Geistesstörungen zu Stande kommen können, braucht hier

nicht weiter erwähnt zu werden. An sogenannten funktionellen Psychosen werden im Gefolge von Herz- und Gefässerkrankungen hauptsächlich beschrieben Depressionszustände bis zum Bild hochgradiger Angst mit und ohne Sinnestäuschungen, dann maniakalische Erregungs- und hallucinatorische Verwirrungszustände. Als Ursachen sind anzuführen die Störungen des Kreislaufs, welche zu mangelhafter Blutversorgung oder zu einer Überflutung des Gehirns oder zu Cyanose führen können; vielleicht wirken dabei auch andere, im Körper gebildete Gifte mit. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind die Druckschwankungen im Bereich des Gefässsystems. Wissen wir doch, dass viele krankhafte Affectzustände mit Veränderungen des Blutdrucks einhergehen, dass namentlich bei der Melancholie auf dem Höhepunkt der Angst der Blutdruck gesteigert ist (Cramer). Vielfach wird ja auch die Angst von den Kranken direkt in der Herzgegend lokalisiert. Freilich lässt sich nicht in jedem Fall entscheiden, ob diese Druckschwankungen cerebral durch eine Einwirkung auf die Gefässcentren ausgelöst werden, oder ob sie durch Funktionsstörungen peripherer Organe zu Stande kommen.

Hier ist auch auf die Thatsache hinzuweisen, dass nicht selten im mittleren Lebensalter oder zu Beginn des Greisenalters leichtere Formen von Melancholie auftreten, welche durch bestimmte Symptome: leichte Arteriosklerose, unregelmässige Herzthätigkeit, kleiner, frequenter, unregelmässiger Puls ihren Zusammenhang mit Circulationsstörungen bekunden. Dass dabei die psychischen Erscheinungen nicht nur durch eine vorzeitig einsetzende oder arteriosklerotische Hirnatrophie bedingt werden, beweist der Umstand, dass es gelegentlich gelingt, durch Regelung der Herzthätigkeit (Darreichung von Strophantus, Digitalis pp.) eine Besserung des psychischen Krankheitsbildes herbeizuführen.

In einem mehr mittelbaren Zusammenhang mit einer vorangegangenen Herzerkrankung habe ich gelegentlich bei jugendlichen Individuen Geistesstörungen auftreten sehen. Die kindliche Chorea entsteht nicht selten auf dem Boden

einer durch Gelenkrheumatismus vermittelten Endocarditis. Manchmal, namentlich in der Pubertät, entwickelt sich im Anschluss an die Chorea eine Epilepsie oder Hysterie, die mit geistigen Störungen einhergehen kann, oder es setzt auch unvermittelt eine schwerere, zur Verblödung führende Jugendpsychose (Hebephrenie) ein, wobei die Symptome der Chorea noch fortbestehen können. Dabei scheinen acute Nachschübe der Endocarditis das Auftreten neuer hallucinatorischer oder stuporöser Attaquen zu begünstigen. In diesen Fällen ist allerdings der Boden durch hereditäre Belastung oder andere prädisponierende Momente meist vorbereitet; vielleicht spielt auch das Infektionsgift des Rheumatismus, beziehungsweise der Endocarditis dabei eine Rolle.

Ein Beispiel dafür ist folgender Fall: Der Sohn eines Potators erkrankte im 10. Lebensjahr an Gelenkrheumatismus und Endocarditis und hatte seitdem Zuckungen im Gesicht, den Armen, Beinen und Schreianfälle. Die geistige Entwicklung blieb seitdem zurück; doch konnte Patient in der väterlichen Wirtschaft mithelfen. Seit dem 17. Lebensjahr häufiger auftretende Angstzustände mit Fortlaufen von zu Hause, Vagabondieren. Im 20. Jahre Aufnahme in die Anstalt. Hier wurden keinerlei Krämpfe beobachtet; wohl aber traten bei dem sonst ruhigen und fleissig arbeitenden Kranken mehrere Male von Neuem Gelenkschmerzen auf, verbunden mit lebhafter Angst und stärkeren Zuckungen im Gesicht und choreatischen Bewegungen der Finger. Dabei wurde auch Verstärkung des Herzgeräusches, Verbreiterung der Herzdämpfung und Cyanose beobachtet. Ein Jahr nach der Aufnahme erlag Patient einer erneuten schweren Endocarditis und Pericarditis, welche mit hochgradigen Angstattaquen einherging. Die Sektion ergab keinerlei gröbere Hirnerkrankung und mikroskopisch nur Zelldegenerationen.

Eine grosse Rolle in der Pathogenese psychischer Störungen haben von jeher Erkrankuugen des Magendarmkanals gespielt. Wenn auch die Bedeutung, welche die ältere Psychiatrie diesen Störungen an der Peripherie des Vago-sympathicus zuwies, übertrieben erscheint, wenn namentlich festgestellt wurde, dass auch lange bestehende und schwere Störungen im Bereich des Verdauungstractus für sich allein nicht genügen, um eine Geisteskrankheit hervorzurufen, so hat doch auch die neuere Beobachtung erwiesen,

dass Beziehungen zwischen den genannten körperlichen Erkrankungen und Neurosen und Psychosen bestimmter Art bestehen.

Auf den Zusammenhang zwischen Magenleiden und gewissen nervösen oder psychischen Störungen hat zuerst Alt aufmerksam gemacht. Er erwähnt namentlich eine Form des chronischen Magenkatarrhs, die charakterisiert ist vor Allem durch Veränderungen im Chemismus: Vermehrung, Verminderung oder Fehlen der Salzsäure, Auftreten von Milch- oder Buttersäure oder sonstigen abnormen Gährungsprodukten. Die dabei beobachteten nervösen Störungen können bestehen in Paraesthesien, Schwindelanfällen und Benommenheit, Reizbarkeit und Depression, vor Allem aber im Auftreten von Angstzuständen, welche gelegentlieh von Zwangsvorstellungen oder -Handlungen begleitet sind. Dabei ist das Bewusstsein in den freien Intervallen nicht getrübt; es besteht Krankheitseinsicht. Je mehr dabei die Angst in den Vordergrund tritt, um so mehr kommt das Bild einer wirklichen Psychose zu Stand, welche Alt als „Magenpsychose" von der eigentlichen Melancholie abgrenzt; dabei dauern die Angstanfälle länger und sind begleitet von Illusionen und Hallucinationen und schliesslich von Wahnideen hypochondrischen Inhalts. Fast bei allen von Alt beschriebenen derartigen Fällen finden sich praedisponierende Momente entweder in erblicher Belastung oder hochgradiger neurasthenischer Erschöpfung. Der Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Störung ist nach Alt gegeben durch eine Reizung der Endapparate des Vago-sympathicus in der Magenschleimhaut teils infolge der abnormen Sekretions- und Gährungsprodukte, teils durch mechanische Dehnung der aufgeblähten Magenwand. Auf reflektorischem Weg werden diese Reize nach dem Centralorgan, vor Allem nach der Medulla oblongata übertragen und andererseits kommen auf dem Weg der Irradiation auch Schädigungen der anderen Verzweigungsgebiete des Vago-sympathicus, besonders in Lunge und Herz zu Stande, wodurch mancherlei das Leiden begleitende Störungen, z. B. asthmatische Anfälle, Herzklopfen

pp. erklärt werden. Alt betont vor Allem die praktische Bedeutung dieses Zusammenhangs, der den Weg zur Therapie weist: eine sachgemässe und längere Zeit fortgesetzte Magenbehandlung ist im Stande, die psychischen Störungen zu beheben.

Weitere Beobachtungen Alts und Publikationen anderer Autoren (Wagner von Jauregg, von Sölder, Herzog) weisen darauf hin, dass sich bei den geschilderten nervösen und psychischen Störungen häufig auch Erkrankungen des Darmkanals finden, namentlich chronische Obstipation. v. Sölder hat eine Reihe von Fällen beschrieben, welche, unter dem Bild des Delirium acutum meist tötlich verlaufend, frische parenchymatöse Veränderungen der Drüsenorgane: Leber, Nieren und des Herzens aufwiesen; als die Ursache dieser Erkrankung sieht er die in jedem Fall gefundene Koprostase mit sekundären Veränderungen der Dickdarmschleimhaut an. Neben den erwähnten Reflexvorgängen im Bereich des Vago-sympathicus weisen die genannten Autoren auch auf die Schädigung des Centralnervensystems durch das Darniederliegen der Ernährung und durch giftige Produkte des krankhaft veränderten Stoffwechsels hin. Herzog schränkt die aetiologische Bedeutung dieser körperlichen Erkrankungen, unter denen er besonders auch die Störungen des Cirkulationssystems betont, dahin ein, dass es sich nicht um ein spezifisches Krankheitsbild — eine Magenneurose oder Psychose — handele. Die gesamten nervösen und psychischen Störungen sind nach ihm nur der Ausdruck, die Teilerscheinung einer a priori bestehenden Neurasthenie. Die gastrischen oder intestinalen Störungen geben nur den Anstoss zum Ausbruch oder zur Exacerbation der nervösen und psychischen Symptome. Das Gemeinsame und bedeutsame aller dieser Beobachtungen dürfte die therapeutische Seite sein, welche einen Weg zur Behebung schwerer psychischer Störungen weist, mögen dieselben nun auf dem Boden praedisponierender Momente erwachsen, durch die gastrointestinalen Schädlichkeiten nur zum Ausbruch gebracht werden, oder mögen sie primär durch die letzteren bedingt sein. Dass ein auf einfache Magendarmstörungen

mit einer Psychose reagierendes Nervensystem immer ein labiles, vom gesunden Durchschnitt abweichendes ist, ist wohl zweifellos. Um so erhöhtere Bedeutung beanspruchen aber für den Praktiker die Erkennung und Behandlung dieser körperlichen Störungen in solchen Fällen. Das sehen wir ja auch bei der Epilepsie, wo oft ein unbedeutender Diätfehler genügt, um einen Anfall oder eine Serie solcher oder einen schweren Verwirrungszustand als Äquivalent der motorischen Anfälle hervorzurufen.

Auch bei chronischen Psychosen, namentlich solchen die mit periodenweise auftretenden Attaquen verlaufen, trifft man nicht selten Hand in Hand gehend mit einer Verschlimmerung des psychischen Zustandes das Auftreten von Magendarmstörungen, die sich in Zungenbelag, Foetor ex ore, Obstipation und Indicanurie äussert. Spielen sich diese Attaquen in der Anstalt ab, so macht es auch bei sorgfältiger Beobachtung allerdings oft den Eindruck, als ob hier die Erscheinungen von Seite des Digestionstraktus eher auftreten als die Verschlimmerung des psychischen Zustandes. Nicht selten wird auch eine derartige Attaque durch einen nachweisbaren Diätfehler eingeleitet.

Zweifellos ist in einer Reihe weiterer Fälle sowohl bei akut einsetzenden Psychosen als bei den akuten Attaquen chronischer Psychosen die begleitende Magendarmstörung rein sekundärer Natur, hervorgerufen entweder durch die ungeordnete und mangelhafte Nahrungsaufnahme der verwirrten und erregten Kranken oder durch eine cerebral bedingte Stoffwechselstörung. Dies gilt namentlich für viele frische Fälle, welche ja auch jetzt noch häufig vor der Einlieferung in die Anstalt von Seite der Angehörigen oder in kleinen Krankenhäusern die unzweckmässigste Behandlung durch Isolieren u. s. w. erfahren. Dann wirkt natürlich die sekundär entstandene Magendarmstörung auch ihrerseits wieder exacerbierend auf den psychischen Zustand. Auch hier ist deshalb eine auf die körperlichen Störungen gerichtete Therapie indiciert und jeder Psychiater weiss, dass Regelung der Diät

und der Darmthätigkeit in diesen Fällen oft eine überraschend schnelle Beruhigung und Erholung der erregten oder benommenen Kranken zur Folge hat, wenn auch das psychische Grundleiden dadurch nicht alteriert wird. Auch die Untersuchung des Kotes, welche oft unverdauliche Gegenstände (Holzfasern, Steine pp.) in Menge erkennen lässt, weist darauf hin, dass eine unzweckmässige Ernährung unter dem Einfluss der beginnenden Psychose stattgefunden hat. Die dabei nicht selten bestehende Acetonurie und Indicanurie ist nur ein Zeichen der gestörten Darmthätigkeit und kann nicht für die eine Giftbildung im Sinne der Autointoxication in Anspruch genommen werden.

Aus allen Beobachtungen aber scheint als sicher hervorzugehen, dass sowohl primär als secundär auftretende Magendarmerkrankungen reflektorisch oder durch Stoffwechselveränderungen nervöse und psychische Störungen teils hervorrufen, teils verstärken können, welche durch eine Behandlung des Grundleidens besserungsfähig sind und dadurch auch ihren Zusammenhang mit diesem dokumentieren. Vielfach scheint es sich dabei um Individuen zu handeln, welche durch prädisponierende Momente aller Art belastet sind.

Längst bekannte und vielfache Beziehungen bestehen zwischen den Vorgängen im Bereich namentlich der weiblichen Sexualorgane und Geistesstörungen. Davon ist man abgekommen, den ganzen Symptomenkomplex, den man als Hysterie bezeichnet, auf Erkrankungen der Genitalorgane zurückzuführen, da weder pathogenetische Gesichtspunkte noch therapeutische Erfolge diese Annahme rechtfertigen. Von Bedeutung sind dagegen die Beziehungen zwischen Geistesstörungen und den verschiedenen Entwicklungsstadien und Funktionen der weiblichen Genitalorgane. Ein grosser Teil dieser Zustände gehört nicht in den Rahmen dieser Besprechung, weil sie entweder sich noch innerhalb physiologischer Grenzen abspielen, wie die Reizbarkeit auch gesunder Frauen während der Periode (Schröter) oder durch normale, nicht

pathologische Vorgänge an den Genitalien hervorgerufen werden, wie die psychischen Störungen, welche während der Menstruation und bei dem im Übrigen normal verlaufenden Fortpflanzungsgeschäft auftreten. Ein Teil der letzteren, welche man bekanntlich zusammenfassend als Puerperal-psychosen bezeichnet, steht allerdings auch mit krankhaften Vorgängen in Beziehung, welche sich während der Gravidität, der Entbindung und dem Wochenbett an den weiblichen Genitalorganen und deren Adnexen abspielen können und zwar kommen vor Allem in Betracht infectiöse Prozesse aller Art nicht nur am graviden oder puerperalen Uterus, sondern auch in der Lactationsperiode an den Mammae, dann Erschöpfung durch Blutverluste oder das Stillgeschäft, endlich Complicationen mit Nierenerkrankungen. Sowohl hier als bei den im normalen Puerperium auftretenden Geistesstörungen wird von den meisten Autoren auf die wichtige Rolle hingewiesen, welche prädisponierende Momente, vor Allem die erbliche Belastung, dann aber auch erworbene Schädlichkeiten, insbesondere frühere Erkrankungen spielen. Ihren klinischen Erscheinungen nach sind die auf diesen Grundlagen entstandenen Psychosen durchaus verschieden und gehören den mannigfaltigsten Krankheitsbildern, der Melancholie, Manie, hallucinatorischen Verwirrung ja selbst dem Zwangsirresein (Alt) an, von denen sie sich auch in Verlauf und Prognose nicht immer unterscheiden. Die Puerperalpsychosen können daher, wie auch neuerdings Sommer und E. Meyer hervorheben, nicht als ein einheitliches Krankheitsbild von gleicher Ätiologie und Symptomatologie zusammengefasst werden. Das normal verlaufende Puerperium ist nur eine Gelegenheitsursache für den Ausbruch einer durch andere Momente vorbereiteten Geistesstörung. Die anderen, nach krankhaften puerperalen Prozessen auftretenden Psychosen müssen je nach dem Vorwiegen der einen oder der anderen Schädlichkeit als Infektions-, Intoxications- oder Erschöpfungspsychosen bezeichnet werden. Diese weisen denn auch manches Einheitliche in Symptomen, Verlauf und Prognose auf, insofern als sie häufig unter dem Bild hochgradiger Verwirrtheit, Rat-

losigkeit oder Erregung mit und ohne Sinnestäuschungen auftreten und in der zu Grunde liegenden puerperalen Infektion oder Erschöpfung einen therapeuthischen Angriffspunkt ergeben, der in vielen Fällen auch die Heilung des psychischen Leidens ermöglicht. (Alt).

Die sog. klimakterischen Psychosen gehören ihrer aetiologischen Bedeutung nach zu den Psychosen des Rückbildungsalters; dabei mögen besondere reflektorische Reizerscheinungen von Seite der in der Involution begriffenen Genitalorgane, mitunter auch Blutverluste bei unregelmässiger, profuser Menstruation und psychische Momente eine Rolle spielen.

Anderweitige gynäkologische Erkrankungen können unter denselben Bedingungen wie andere Organerkrankungen das veranlassende Moment einer Psychose abgeben, welche unter Umständen den Charakter der Hypochondrie tragen kann. Dieselben Vorgänge sehen wir gelegentlich bei männlichen Genitalerkrankungen, wobei psychische Momente (Annahme einer Infektion, die durch populäre Lektüre genährten hypochondrischen Sorgen der Onanisten) erheblich mitwirken.

Wir sehen also in den Erkrankungen einzelner Organe zum Teil nur eine Gelegenheitsursache für das Auftreten schon anderweitig vorgebildeter Geistesstörungen.

Zu einem anderen Teil können diese Organerkrankungen durch reflektorische Reizung, durch Cirkulations-, Ernährungsstörungen und Vergiftungen des Gehirns eine tiefer liegende und wichtigere Ursache für Psychosen abgeben. In den meisten Fällen sind aber auch hier praedisponierende Momente erforderlich; deshalb sind die so entstandenen Psychosen auch wenig charakteristisch für die Grunderkrankung; wir sind in diesem Sinne nicht berechtigt, von Herz-, Magendarm-, Puerperalpsychosen u. s. w. zu sprechen.

Bei vielen hypochondrischen Seelenstörungen geben die dabei vorkommenden Organerkrankungen wenigstens die Richtung und den Inhalt der psychischen Symptome an.

VI. Schlusssätze.

1. Auf dem Boden körperlicher Erkrankungen der in den vorigen Abschnitten geschilderten Art können psychische Störungen von längerer oder kürzerer Dauer entstehen.

2. In den seltensten Fällen ist es jedoch so, dass die körperliche Erkrankung die einzige oder doch hauptsächlichste Ursache der Psychose ist. In diesen wenigen Fällen finden wir, dass das klinische Bild gewisse Symptome aufweist, welche für die Entstehung charakteristisch sind und dass gewöhnlich mit der Behebung der äusseren Schädlichkeit auch die psychische Störung verschwindet oder wenigstens sich bessert. Anscheinend handelt es sich dabei um eine direkte Einwirkung der betreffenden Schädlichkeit auf das Gehirn, welche in einzelnen Fällen auch durch die pathologisch-anatomische Untersuchung erwiesen wird. Beispiele dafür sind namentlich einzelne Intoxikations- und Infektionspsychosen.

3. Auch bei diesen muss man die Einschränkung machen, dass die körperliche Schädlichkeit nicht in jedem Fall eine Psychose von bestimmtem Charakter zur Folge hat, dass also hier auch noch andere Ursachen mitwirken.

4. In den meisten Fällen ist die körperliche Erkrankung nur ein aetiologischer Faktor neben vielen anderen gleichwertigen, manchmal nur ein sog. auslösendes Moment. Das geht vor allem daraus hervor, dass die betreffenden Psychosen nichts für die Entstehungsursache charakteristisches haben und nach Behebung des Grundleidens nicht verschwinden.

5. Die dabei mitwirkende Praedisposition ist ebenfalls kein einheitlicher Faktor und namentlich nicht etwa durch die hereditäre Belastung erschöpft. Vielmehr sind ausserdem alle möglichen anderen den Körper schädigenden Ursachen darunter zu verstehen.

Litteratur.

1. Alt, Über das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden chronischer Magenkrankheiten. Arch. f. Psych., Bd. 24.
2. Ders., „Puerperalpsychosen.“ Artikel aus der Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie. 1901.
3. Althaus, Über Psychosen nach Influenza. Arch. f. Psych., Bd. 25.
4. Aschaffenburg, Über Initialdelirien bei Typhus. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 52. 1896.
5. Azémar, Deux cas de manie, guéris à la suite d'une infection grave. Annales médico-psychologiques, 1901
6. Behr, Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Vortr. auf der 34. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens 1899. Bericht in der Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.
7. Bond, Relation of diabetes to insanity. Journ. of mental science, 1896.
8. Bruns, L., Die traumatischen Neurosen (aus Nothnagel, spezielle Pathologie und Therapie). Wien, 1901.
9. Ceni, Die Pathogenese der Bleilähmungen. Arch. f. Psych., Bd. 29.
10. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie, 2. Aufl. 1900.
11. Damsch und Cramer, Über Katalepsie und Psychose bei Icterus. Berliner klin. Wochenschr. 1898.
12. Deiters, Beitrag zur Kenntnis der Typhuspsychosen. Münchener klin. Wochenschr., 1900, No. 47.
13. Dörner, Glykosurie bei Diabetes. I.-D. Freiburg, 1895.

14. Elzholz, Über Psychosen bei Carcinomkachexie. Jahrb. f. Psych., Bd. XVII.
15. Fischer, Über Psychosen bei Herzkrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54.
16. Fränkel, Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen des Centralnervensystems bei akuten Infektionskrankheiten. Zeitschr. f. Hygiene, Bd. 27.
17. Friedländer, Über den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Centralnervensystem. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 1900.
18. Hagen, Über Nierenkrankheiten als Ursache von Geisteskrankheit. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 38.
19. Hascovec, Autointoxicationen bei Nerven- und Geisteskranken. Wiener klin. Rundschau, 1898. No. 39—44.
20. Hasslet, The influence of physical upon mental disease. British med. Journ., 1897.
21. Hensay, Untersuchungen des Centralnervensystems bei Diabetes mellitus. I.-D. Strassburg, 1897.
22. Hertoghe, De l'hypothyroidie bénigne chronique ou myxoedème fruste. Iconographie de la Salpétrière, 1899.
23. Ders., Le myxoedème franc et le myxoedème fruste de l'enfance. Iconographie de la Salpétrière, 1900.
24. Herzog, Über die Abhängigkeit gewisser Neurosen und Psychosen von Erkrankungen des Magendarmkanals. Arch. f. Psych., Bd. 31.
25 Jakobson, Über Antointoxicationspsychosen. Zeitschr. f. Psych., Bd. 51.
26. Jones, On insanity in lead-workers. British medical Journal, 1900, p. 350.
27. Kalischer, Influenzapsychose im frühesten Kindesalter. Arch. f. Psych., Bd. 29.
28. Katz, Beitrag zur Lehre von der diphtherischen Lähmung. Arch. f. Kinderheilk., Bd. XXIII.
29. Köppen, Über Albuminurie nnd Propeptonurie bei Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. XX.

30. Köster, Experimenteller und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Lehre von der Schwefelkohlenstoffvergiftung. Neurol. Centralbl., 1898, p. 493.

31. Kühn, Psychische Störungen bei Diphterie im Kindesalter. Neurol. Centralbl., Bd. 16.

32. Landenheimer, R., Über nervöse und psychische Störungen der Gummiarbeiter. Neurol. Centralbl. 1898, p. 681.

33. Ders., Die Schwefelkohlenstoffvergiftung der Gummiarbeiter. Leipzig, Veit & Co., 1901.

34. Löwy, Geistesstörung nach Kataraktextraktion. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 52.

35. Lührmann, Über Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter. Zeitschr. f. Psych., Bd. 52.

36. Murawjeff, Über den Einfluss des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem des Meerschweinchens. Ref. im Neurol. Centralbl., 1897, p. 754.

37. Mya, Über die Pathogenese der diphtherischen Spätparalysen. Wiener med. Blätter, 1899.

38. Oxenius, Nervöse Nachkrankheiten bei unvollkommener Erstickung. I.-D. Kiel, 1897.

39. Prince, Accident neurosis and football-playing. Boston med. Journ., 17.

40. Raecke, Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Heft 1 u. 2.

41. Rothe, Beiträge zur Casuistik der nervösen Störungen bei Diphtherie. I.-D. Berlin, 1899.

42. Schröter, Wird bei jungen Unverheirateten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregung beobachtet? Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.

43. Siefert, Über das Carcinom der Häute des Centralnervensystems. Vortrag auf der 7. mitteldeutschen Psychiaterversammlung in Jena 1901; referiert in der Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Jahrg. 1901.

44. v. Sölder, Über akute Psychosen bei Koprostase.

45. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. 1901.
46. Strohmayer, W., Über die Bedeutung der Individualstatistik bei der Erblichkeitsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. Münchener med. Wochenschr., 1901, No. 45 u. 46.
47. Troisier, Meningotyphus. Sitzung der Société médicale des hôpitaux, 4. V. 1900; ref. im Centralbl. f. Path., 1901, No. 14.
48. Wagner von Jauregg, Über Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxication. Wiener klin. Wochenschr. 1896, No. 10.
49. Wollenberg, Über gewisse psychische Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen. Festschr. für Nietleben, 1897.
50. Woollacott, Diphteric paralysis in cases treated with antitoxin. Lancet, 1899, p. 561.

Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen.

Von

H. Oppenheim.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1902.

Sammlung

zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben

von

Dr. med. Konrad Alt,

Direktor und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

III. Band, Heft 8.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1902.

Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen.

Von **Prof. H. Oppenheim.**

Auf dem Boden der neuropathischen und psychopathischen Diathese können Symptomencomplexe zur Entwicklung kommen, die sich zwar der Neurasthenie und Hysterie angliedern, aber durch ihnen eigentümliche klinische Merkmale und durch den hartnäckigen Widerstand, den sie den therapeutischen Bestrebungen entgegensetzen, eine Sonderstellung einnehmen. Ich erinnere an die sog. Akinesia algera, an gewisse Formen allgemeiner Anaesthesie, an die schweren Motilitätsneurosen vom Typus des Tic général u. a. m.

So langwierig und schwer zu behandeln aber auch diese Affektionen sind, so wäre es doch ganz verfehlt, sie als unheilbare Zustände hinzustellen. Für die Akinesia algera hatte schon Möbius[1]) selbst die Möglichkeit der Heilung zum wenigsten nicht ausgeschlossen, und Erb[2]) hat bald darauf an einem überaus instruktiven Fall gezeigt, dass das Leiden selbst nach einem Bestande von fast 2 Decennien noch der Behandlung zugänglich ist und mit Genesung endigen kann. Ich habe in meinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten auf zwei analoge Fälle eigener Beobachtung hingewiesen, ohne dass ich je-

1) Über Akinesia algera. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. I 1891 u. Bd. II 1892.

2) Zur Casuistik der Akinesia algera. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. III 1893 und: Nachtrag etc. Bd. V 1894.

doch an jener Stelle die Krankengeschichten selbst vorlegen konnte.

Der Tic général oder die Maladie des Tics convulsifs wurde ursprünglich als ein der Heilung kaum fähiges Leiden betrachtet. Ich habe mich schon i. J. 1894 auf Grund persönlicher Erfahrungen gegen diese Annahme ausgesprochen, und es ist jetzt wohl allgemein anerkannt, dass dieses Übel zwar sehr hartnäckig, schwer zu bekämpfen ist und eine ausgesprochene Tendenz zu Rückfällen besitzt, aber doch auch vollständig ausheilen hann.

Ich erinnere an die Phobien und Zwangsvorstellungen, die ebenfalls in die Kategorie der prognostisch ernsten und gegen die Therapie sehr resistenten Affektionen gehören, aber sich doch auch nicht so selten nach Jahre langer Dauer wieder zurückbilden.

Soviel auch über die Behandlung aller dieser Zustände geschrieben ist und so wichtige Hinweise die Abhandlungen und Monographien über Neurasthenie, Hysterie, Psychotherapie etc. enthalten — ich verweise hier nur auf die Mitteilungen von Beard, Weir-Mitchell, Bouveret, Levillain, Loewenfeld, Binswanger, Ziehen, O. Vogt, Forel, Freud u. A. —, so ist die Zahl der vorgelegten Krankenberichte, die von dem Verlauf des Leidens, dem Gang der Behandlung, dem Erfolg und Misserfolg der Heilbestrebungen ein klares, übersichtliches Bild geben, doch eine recht spärliche.

Ich halte es deshalb für angebracht, einige einschlägige Beobachtungen, über die ich einigermassen genaue Notizen besitze, an einer dem Praktiker zugänglichen Stelle zu veröffentlichen. Der grössere Teil derselben darf gerade deshalb ein besonderes Interesse beanspruchen, weil er erkennen lässt, dass ein funktionelles Nervenleiden, wenn es auch lange besteht und sich in therapeutischer Beziehung noch so obstinat erwiesen hat, doch oft einer Festung gleicht, die bei geeignetem Angriff und hinreichender Ausdauer des Belagerers sich schliesslich ergeben muss.

Einzelne der hier mitgeteilten Beobachtungen haben auch ein diagnostisches Interesse, sie zeigen, dass von einer

zielbewussten Behandlung doch erst die Rede sein kann, wenn ein derartiges Leiden klar und bestimmt als Neurose erkannt worden ist, während die Verkennung in der Regel auch die Therapie zu einer unfruchtbaren machte. Ich möchte aber noch einmal hervorheben, dass für die Auswahl dieser Fälle nur 2 Gesichtspunkte massgebend gewesen sind: die Hartnäckigkeit des Leidens und der schliessliche Erfolg der Therapie. Es bedarf wohl kaum der Erwähnung, dass ich diese Kasuistik noch wesentlich erweitern, aber auch ihr eine entsprechende von Misserfolgen, von Fällen gegenüberstellen könnte, in denen trotz richtiger Erkenntnis und Beurteilung des Leidens und trotz consequenter, zielbewusster Behandlung ein Heilresultat nicht erreicht wurde.

I. Frau X., 22 Jahre alt, aus G.

Stammt aus gesunder, kinderreicher Familie. Ihre Mutter ist erst in den letzten Jahren etwas nervös geworden.

Patientin selbst war bis auf ihr jetziges Leiden stets gesund und kräftig. In den letzten Jahren, besonders in dem Jahr vor dem Beginn ihrer Erkrankung haben psychische Erregungen auf sie eingewirkt.

Am 30. XII. 1897 verheirathete sie sich und kehrte am 28. I. 98 gesund und blühend von ihrer Hochzeitsreise zurück. Am 19. II. wurde sie von einer Halsentzündung befallen, die erst dann als diptheritische gedeutet wurde, als eine leichte, bald vorübergehende Gaumenlähmung zurückblieb.

Anfang März fühlte Pat. sich matt, hatte Herzbeschwerden, einen langsamen, unregelmässigen Puls. Sie wurde mit Strophantus und Digitalis behandelt. Der behandelnde Arzt habe Myocarditis diagnostiziert.

Bald darauf entwickelte sich eine allgemeine Schwäche und besonders eine Schwäche der Extremitäten mit diffuser „Muskelabmagerung“, während Patientin gravida wurde. Die Schwäche erreichte besonders in den Beinen einen hohen Grad, ergriff auch den Rücken und im geringeren Masse die Arme. Vom April ab war Pat. dauernd ans Bett gefesselt.

Im ersten Stadium wurde das Leiden von den behandelnden Ärzten als Polyneuritis gedeutet und ein Teil der Beschwerden und Erscheinungen (Zittern in den Gliedmassen etc. s. u.) von einem derselben auf begleitende Hysterie bezogen. Als sich dann nach und nach eine zunehmende Contractur in der Muskulatur der Beine und des Rückens entwickelte und daneben motorische Reizphänomene anderer Art in den Vordergrund traten, war die Mehrzahl der hinzugezogenen Ärzte (darunter Autoritäten einer grossen Universitätsstadt) der Ansicht, dass Sclerosis multiplex vorliege.

Über die verschiedenen Mittel und Massnahmen, die während der langen Zeit des Krankenlagers vor Beginn der von mir eingeleiteten Kur in Anwendung gezogen wurden, besitze ich leider keine Aufzeichnungen.

Die Gravidität nahm ihren normalen Verlauf, ebenso verlief die Geburt, die am 23. I. 1899 erfolgte, in normaler Weise. Kind gesund und kräftig.

Nach der Entbindung nahm die Schwäche im Rücken resp. die Unfähigkeit sich aufzurichten zu, sodass Patientin in der Folgezeit andauernd die Rückenlage einnahm.

Vom März 1899 ab trat sie in die Behandlung eines Arztes, der zu ihr ins Haus zog und sich ihr ausschliesslich widmete, ihr ein Bett konstruiren liess, in dem der Körper der Patientin durch Kurbeldrehung etc. in sanftester Weise aus der horizontalen Rückenlage in halbsitzende Stellung etc. gebracht werden konnte. Er behandelte sie 3 Stunden täglich mit elektrischer Massage mittels der elektrischen Hand etc.

Im Juli 99 wurde ich aufgefordert, die Patientin in ihrer Heimat zu besuchen, um zunächst mein Urteil über die Natur des Leidens abzugeben.

Ich fand eine Frau von gesundem, blühendem Aussehen, freiem Sensorium, nicht gedrückter, eher heiterer Stimmung. Sie nahm andauernd die horizontale Rückenlage ein und lehnte es ab, sich aus derselben zu erheben, weil sie bei diesem Versuche einerseits Schmerzen im Nacken und Rücken, andererseits Schwindel empfinde. Der Ernährungszustand war ein guter, auch die Muskulatur schien gut entwickelt.

Nur an den Händen, am Daumen- und Kleinfingerballen, schien eine geringe Abflachung zu bestehen, die aber um so weniger als pathologisch zu deuten war, als die entsprechenden Bewegungen nicht beeinträchtigt waren und die electrische Erregkarkeit sich in keiner Weise gestört zeigte.

An den Beinen, die den Hauptsitz der Bewegungsstörung bildeten, war die Muskulatur in normaler Weise entwickelt, wenn auch die Waden sich etwas schlaff anfühlten. Im Hüft- und Kniegelenk sind die Beine gebeugt und werden in dieser Stellung festgehalten. Wenigstens sind die activen Bewegungen, die Pat. auszuführen vermag, auf ein geringes Mass beschränkt. Bei dem Versuch aktiver Bewegung stellt sich ein lebhafter, aus ausgiebigen, aber schnell aufeinander folgenden Excursionen bestehender Tremor (Schütteltremor) der Beine und zwar besonders der Wadenmuskeln ein, es ist also vorwiegend ein lebhafter Fussclonus, der durch den Bewegungsversuch ausgelöst wird. Ausserdem ist die Bewegung von Schmerzen in der agierenden Extremität begleitet. Sehr erheblich beeinträchtigt und erschwert sind die passiven Bewegungen. Bei dem Versuch, das Bein im Hüftgelenk zu beugen und zu strecken, macht sich sofort ein erheblicher Muskelwiderstand geltend, der nicht ganz zu überwinden ist. Noch beträchtlicher ist die Spannung im Kniegelenk: der zum Oberschenkel gebeugte Unterschenkel lässt sich nur mit Aufwendung einer erheblichen Kraft aus dieser Stellung herausbringen und überhaupt nicht vollständig strecken. Sobald die Extremität wieder freigegeben wird, kehrt sie in die Contracturstellung zurück. Bei dem leichtesten Versuch, den planterflectierten Fuss in dorsalflectierte Stellung zu bringen, stellt sich ein starker, andauernder Fussclonus ein. Auch bei der Percussion oder dem Druck auf die Achillessehne kommt es zum Fusszittern. Es genügt schon, den Fuss zu berühren, um dieses Phänomen auszulösen. Meine Versuche, festzustellen, ob auch bei stark-abgelenkter Aufmerksamkeit der Clonus zu Stande käme, führten zu keinem sicheren Ergebnis. Jedenfalls gelang es mir zunächst nicht, nachzuweisen, dass die Er-

scheinung einen rein-psychogenen Ursprung hatte. Doch fiel es mir auf, dass das lebhafte Zittern nicht nur bei der Dorsalflection sondern häufig auch bei der forcierten Plantarflection des Fusses eintrat.

Das Kniephänomen ist ebenfalls gesteigert, doch längst nicht so erheblich, als man nach der Intensität des Fussclonus hätte erwarten sollen, nur selten kommt es auch beim Beklopfen der Patellarsehne zu klonischen Zuckungen im Quadriceps. Die Fusssohlenreflexe sind so lebhaft gesteigert, auch stellt sich bei Berührung der Sohle sofort ein so starkes Zittern ein, dass die Prüfung auf „Babinski" ungemein erschwert ist. Jedenfalls lässt sich ein charakteristisches Babinski'sches Phänomen nicht auslösen. In der Muskulatur der Arme keine erhebliche Steifigkeit, keine wesentliche Erhöhung der Sehnenphänomene. Die Arme werden in allen Gelenken bewegt, doch vermag Patientin weder ausgiebige noch kraftvolle Bewegungen mit denselben auszuführen. Soll sie z. B. die Hand kräftig zur Faust schliessen, so geschieht das kraft- und energielos, während ein Teil der Bewegungsenergie auf die Oberarmmuskulatur abgelenkt wird. Dabei klagt Pat. über ein schmerzhaftes Ermüdungsgefühl in der ganzen Extremität. Zu einer längerdauernden Beschäftigung gebraucht sie die Arme überhaupt nicht, selbst beim Essen lässt sie sich füttern. In den Armen ist kein wesentliches Zittern vorhanden.

Schmerzen stellen sich nicht allein bei aktiven und passiven Bewegungen der Gliedmassen und des Rumpfes ein, sondern auch bei Druck auf die Weichteile und Knochen; am ausgesprochensten ist diese Hyperaesthesie an der Wirbelsäule und am ganzen Rücken.

Die Hirnnerven sind völlig frei, wenigstens für die objektive Untersuchung. Doch ist es beachtenswert, dass Pat. nach ihren Angaben beim Sehen wie beim Hören über schmerzhafte Empfindungen im Kopfe zu klagen hat.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper erhalten. Vor allem lässt sich an keiner Stelle eine Gefühlsabstumpfung nachweisen. Der Stuhl ist verstopft, erfolgt nicht spontan, sondern auf Clysmata. Die Harnentleerung ist nicht beein-

trächtigt. Menses erfolgen regelmässig, doch unter ziemlich erheblichen dysmenorrhoischen Beschwerden.

Keine Temperatursteigerung. Puls von gewöhnlicher Frequenz. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen.

Das Seelenleben der Patientin ist bei der ersten Untersuchung nicht so leicht zu beurteilen. Sie ist von etwas verschlossenem Charakter, vielleicht etwas apathisch. Die Stimmung ist nicht auffällig gedrückt, eher könnte man sich darüber wundern, wie ruhig und relativ heiter die Kranke das Leiden erträgt, durch das sie nun seit dem Beginn ihrer Ehe ans Bett gefesselt ist.

Die diagnostische Beurteilung des Falles war nicht so schwer, wie ich nach den Mitteilungen, die mir vorher von dem Symptombild und der Deutung, die es von sachkundigen Ärzten erfahren hatte, gemacht waren, erwartet hatte. Es kam vor allem darauf an, festzustellen, ob ein materielles Nervenleiden oder eine Neurose vorlag; dabei war dann wieder speziell zu berücksichtigen, dass die Diagnose besonders zwischen Polyneuritis und Sclerosis multiplex geschwankt hatte.

Die Annahme einer Neuritis musste sofort zurückgewiesen werden, da alle typischen Zeichen derselben fehlten. Ich hatte kein Recht, in Abrede zu stellen, dass im Beginn der Erkrankung, in dem unmittelbar auf die als Diphtheritis gedeutete Affection folgenden Stadium neuritische Erscheinungen vorgelegen hätten, wenngleich überzeugendes Beweismaterial dafür nicht vorlag. Aber zur Zeit der von mir ausgeführten Untersuchung fehlten die Merkmale einer Neuritis (ebenso die der Myositis).

Für die Diagnose: Sclerosis multiplex konnten schon bessere Argumente beigebracht werden. Die erhebliche Steifigkeit in den Beinen, und vor Allem die lebhafte Erhöhung der Sehnenphänomene konnten bei oberflächlicher Betrachtung wohl zu der Annahme dieses Leidens verleiten. Aber schon die genauere Betrachtung dieser Erscheinungen selbst musste zu einer anderen Auffassung führen. Der hohe Grad der Contractur, die sich auch bei den sanftesten Be-

wegungsversuchen geltend machte und in demselben Masse hervortrat, mochte man die Ansatzpunkte der gespannten Muskeln einander nähern oder voneinander entfernen, die sich schon steigerte, sobald sich die Hand des Untersuchenden auch nur anschickte, die Extremität zu berühren. — diese Art der Rigidität entspricht nicht der der Sclerosis multiplex und der den anderen materiellen Erkrankungen des Rückenmarks eigentümlichen.

Auch wird der Typus des Flectionscontractur bei diesen Affektionen nur ausnahmsweise gefunden, wie es auch ungewöhnlich dabei ist, dass sich die Muskelversteifung auf die Rumpfmuskulatur erstreckt.

Diese Art der Contractur erinnerte vielmehr durchaus an das Bild der hysterischen. Mit dieser Annahme schien jedoch zunächst das Verhalten der Sehnenphänomene nicht im Einklang zu stehen. Ist auch die lebhafte Steigerung derselben keine ungewöhnliche Erscheinung bei Hysterie, so ist es doch sehr selten, dass auf dieser Grundlage ein so ausgesprochener und so constant hervortretender Fussclonus zu Stande kommt. Bei genauerer Betrachtung konnte jedoch an diesem Phänomen nicht allein kein Anstoss genommen werden, sondern es wies auch der spezielle Charakter desselben direct auf einen nicht-organischen Ursprung hin. Die überaus starke Intensität des Zitterns, die gar nicht im Verhältnis zur Stärke des angewandten Reizes stand, der Umstand, dass nicht allein die Dorsalflection des Fusses (die Zerrung an der Achillessehne) sondern gelegentlich auch die Plantarflection den Clonus auslöste und die Thatsache, dass man manchmal nur die Hand dem Fuss zu nähern brauchte, um die Erscheinung zu provocieren, waren geeignet, auf einen psychogenen Ursprung des Symptomes hinzuweisen. Dazu kam das Fehlen des Babinski'schen Phänomens, wenn man auch über das Verhalten des Zehenreflexes keine volle Sicherheit erhalten konnte.

Konnte man nun schon aus dem Verhalten der Contractur und der Sehnenphänomene die Diagnose einer materiellen Erkrankung des zentralen Nervensystems nicht herleiten, so

gab es ferner eine Reihe negativer Kriterien, die bei der Beurteilung verwertet werden durften. Das Fehlen des Nystagmus, der Opticusaffection, des Intentionstremors, der Sprachstörung etc. fiel gegen die Annahme einer Sclerosis multiplex, das Nichtvorhandensein einer Anaesthesie an den unteren Extremitäten und am Rumpfe sowie einer Beeinträchtigung der Blasenfunction gegen die Annahme einer Myelitis ins Gewicht.

So musste auf Grund der positiven und negativen Zeichen ein functionelles Nervenleiden diagnostiziert werden, und man hatte nur noch zu entscheiden, ob dasselbe als Hysterie anzusprechen sei oder aus dem Rahmen dieser Neurose heraustrete.

Die landläufigen Symptome der Hysterie: die Anaesthesie, die Krämpfe, der Globus etc. fehlten. Auch in dem psychischen Verhalten der Patientin traten die deutlichen, characteristischen Züge der Hysterie: die Reizbarkeit, der Stimmungswechsel, die erhöhte Suggestibilität etc. nicht zu Tage. Ebenso unterschied sich das Symptomenbild selbst durch die Stabilität der Erscheinungen von dem der typischen Hysterie.

Um zu einer richtigen Auffassung zu gelangen, war eine genauere Analyse der Grundphänomene des Leidens erforderlich. Dabei stellte es sich heraus, dass bei den vorliegenden Funktionsstörungen, vor allem bei der Behinderung der aktiven (und passiven) Beweglichkeit, ein durch dieselben ausgelöster Schmerz eine wesentliche Rolle spielte.

Die Bewegungen der Beine, des Kopfes, Rumpfes etc. waren mit Schmerzen verknüpft und durch Schmerzen gehemmt. Wenn in dem Stadium der von mir ausgeführten Untersuchung neben dem Schmerz auch Muskelspannungen ein die Bewegungen hemmendes Moment darstellten, so konnte man aus der Anamnese doch entnehmen, dass diese sich erst nach und nach entwickelt, also wohl die Bedeutung einer sekundären Erscheinung hatten. Auch auf anderen Gebieten machte sich die Thatsache geltend, dass ein die Ausübung der Funktion begleitender Schmerz diese beeinträchtigte; namentlich galt das für den Sehapparat, sodass Pat. beim Versuch zu lesen schon nach kurzer Zeit

durch schmerzhafte Empfindungen in den Augen und im Kopf gestört wurde.

Somit schien es berechtigt, den Fall in die Gruppe der Akinesia algera zu bringen, unter der Voraussetzung, dass es sich dabei nicht um eine Krankheit sui generis, sondern um einen auf dem Boden der Neurasthenie, Hysterie oder Hypochondrie entstandenen Symptomencomplex handelt, bei dem die durch den Schmerz bedingte Funktionshemmung ein wesentliches Element der Symptomatologie bildet.[1]) War die Entscheidung dieser Frage auch nicht von hervorragender Bedeutung, so war es doch für die Beurteilung der Prognose und Therapie nicht ganz belanglos, ob man den Zustand als Hysterie oder als Akinesia algera deuten musste. Letztere stellt bekanntlich ein besonders hartnäckiges Leiden dar, bei dem nach der allgemeinen und auch nach unserer persönlichen Erfahrung eine Heilung nur durch eine systematische, konsequent durchgeführte Kur zu erzielen ist.

Ich hielt es unter diesen Verhältnissen für erforderlich, Patientin aus ihrer Häuslichkeit herauszunehmen und in ein Sanatorium zu transferieren. Es schien mir das einmal in Rücksicht auf den bisherigen Verlauf, besonders aber auch deshalb geboten, weil angesichts eines derartigen Leidens eine vollkommene und von keiner Seite gestörte Beeinflussung des Kranken erforderlich ist, die sich in der Regel nur in einem Krankenhause streng durchführen lässt.

Am 19. IX. 99 wurde die Kranke, die die etwa 12 stündige Eisenbahnfahrt etc. gut überstanden hatte, in das Kurhaus Hubertus in Schlachtensee aufgenommen.

Bei der Entwerfung des Heilplans liess ich mich von folgenden Grundsätzen leiten: 1. musste dahin gestrebt werden, der Muskelsteifigkeit und Inactitivität durch methodische Übungen entgegenzuarbeiten. Dabei war

---

1) Es sei hier auf die Abhandlungen von Möbius, Erb, Longard, (Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. II), Bechterew, (Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. V), Mingazzini, (Trattato di Medicina di Charcot Vol. VI, Port. 3) verwiesen, ohne dass eine weitere Berücksichtigung der Litteratur geboten erscheint.

auf die ganz allmählige Steigerung der Leistungen Gewicht zu legen. Es war ferner möglichst dafür Sorge zu tragen, dass die Hemmungsimpulse bei diesen Übungen ausgeschaltet wurden, d. h. es musste während der Bewegung die Aufmerksamkeit der Patientin abgelenkt und anderweitig in Anspruch genommen werden (s. u.)

2. Haupterfordernis war, dass das Vertrauen der Kranken zum Arzt und zur Behandlung ein festes und unerschüttertes blieb. Es mussten deshalb die etwa notwendigen Variationen der Therapie als zielbewusste, im Plan der Behandlung begründete und nicht nach dem jeweiligen Erfolg gewählte und wieder verworfene Massnahmen hingestellt werden. Es war somit notwendig, Patientin von vornherein darauf vorzubereiten, dass die Behandlung im Laufe der Zeit gewisse Wandlungen erfahren werde nach einem in Prinzip bereits feststehenden Entwurfe.

3. Bei einer Kur, die an die Ausdauer des Kranken hohe Anforderungen stellt, war es besonders im Auge zu behalten, dass jede körperliche und geistige Erschöpfung vermieden wurde und dass die Stimmung vor jähen Schwankungen und besonders vor starker, andauernder Depression bewahrt blieb.

Unter diesen Gesichtspunkten war der Gang der Behandlung der folgende: Die Kranke wurde isoliert. Besuch war anfangs ausgeschlossen, später nur selten und mit besonderer Auswahl gestattet. Der durch den Abschluss von der Aussenwelt und den Mangel an Abwechselung involvierten Gefahr der Verstimmung und quälenden Langeweile wurde dadurch vorgebeugt, dass der Kranken als Gesellschafterin und Pflegerin eine gebildete, ihr sympathische und bei aller Ruhe und Zurückhaltung doch anregende Person zur Seite gestellt wurde. Das ist ein überaus wichtiger Punkt. Die Wahl der Pflegerin kam geradezu entscheidend für den Erfolg der Behandlung sein. Die Zeit wurde in erster Linie durch die Kur selbst in Anspruch genommen, ausserdem durch Unterhaltung, Lesen, Lesen-Hören, Dictieren kleiner

Briefe und Fröbel-Arbeit ausgefüllt. Dabei war vorgeschrieben, dass auf jede Thätigkeit eine Zeit der absoluten Ruhe folgte.

Auf reiche, gute, dem individuellen Geschmack und Bedürfnis genügend Rechnung tragende Ernährung legten wir grosses Gewicht. Vor und nach jeder Mahlzeit hatte Patientin zu ruhen, d. h. jede Thätigkeit auszusetzen.

Der Stuhl konnte in der ersten Periode der Erkrankung nur durch Clysmata erzielt werden.

Zu den positiven Massnahmen der Behandlung gehörte in erster Linie die Gymnastik, die in mannigfacher Weise variiert wurde. Die durch übermässige Innervation der Antagonisten und durch die Psychalgie bedingten Hemmungsimpulse suchten wir dadurch nach Möglichkeit auszuschalten, dass die Aufmerksamkeit der Patientin von der agierenden Extremität selbst auf einen sie interessierenden Vorgang am Apparate — Bewegung des Zeigers, des Gewichtes an einer Skala etc. — abgelenkt wurde. So hatte sie z. B. an einem nach meinen Angaben construierten Tret-Apparat jedesmal selbst die Hubhöhe des Gewichtes abzulesen, das sie durch den Druck iher Fussspitze — mittels Hebel und Rolle — in Bewegung setzte. Um die besonders erschwerte Dorsalflection des Fusses zu üben, wurde ein Strumpf angelegt, von dessen Vorderteil ein Gurt ausging, den Patientin selbst in die Hand nahm; dadurch, dass sie nun an diesem einen Zug auszuüben hatte, wurde die Intention wesentlich auf die Armmuskeln abgelenkt, ausserdem das störende Fusszittern vermieden, was sich beim Ergreifen des Fusses selbst, bei Berührung der Sohle einstellte. Dem suchten wir auch dadurch entgegenzuwirken, dass wir Fussbewegungen unter Wasser ausführen liessen, doch war es recht schwer, ein Fussbad herzustellen, das an der im Bette liegenden Kranken bequem appliciert werden konnte.

Da die Contractur der Rückenmuskeln besonders stark ausgesprochen war und sich bei jedem Versuch, den Rumpf nach vorn zu neigen ad maximum steigerte, hatte hier die Behandlung besonders einzusetzen. Ich ging in der Weise vor, dass ich ein verstellbares Keilkissen

unter dem Rücken der Patientin anbrachte, welches ganz allmählig im Verlauf von Wochen und Monaten derart verstellt wurde, dass der Rumpf immer mehr aus der horizontalen Lage emporgehoben wurde. Auf diesem Kissen hatte Pat. anfangs nur $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, später Stunden lang zu liegen.

Auch die Empfindlichkeit gegen Licht wurde systematisch durch entsprechende Übungen bekämpft. Patientin hatte anfangs für ganz kurze, nachher für längere Zeit aus einiger Entfernung in eine Flamme zu blicken, deren Leuchtkraft allmählig verstärkt wurde.

Ausser diesen Massnahmen kamen partielle Salzwasser-Waschungen in Anwendung in der Art, dass die verschiedenen Körperteile zu verschiedenen Tageszeiten gewaschen wurden. Die Temperatur des Wassers wurde im Laufe der Zeit mehr und mehr herabgesetzt.

Dadurch, dass die geschilderten Prozeduren nicht gleichzeitig, sondern auf die verschiedenen Tageszeiten verteilt angewandt wurden, erstreckte sich die Kur mit den Ruhe- und Erholungspausen nahezu über den ganzen Tag.

Von Medikamenten kamen zunächst fast nur Roborantia und Nährpräparate zur Anwendung.

Der Verlauf war in der ersten Periode der Behandlung ein stabiler, indem der Zustand ganz unverändert blieb. Patientin verhielt sich das eine Mal wie das andere Mal, sie liess die verschiedenen Übungen etc. vornehmen, beteiligte sich auch, soweit es gefordert wurde, selbst an denselben, aber es war nicht der geringste Fortschritt, an keiner Stelle eine Abnahme der Muskelspannung, eine Zunahme der Beweglichkeit zu bemerken.

Nun schien es mir besonders wichtig, an der einmal eingeschlagenen Behandlung möglichst lange festzuhalten, ohne durch die Unwirksamkeit derselben beirrt zu zu werden. Der Kranken gegenüber musste die Notwendigkeit dieser Konsequenz immer wieder betont werden. Dabei hielt ich es für erforderlich, sie über die Natur ihres Leidens einigermassen aufzuklären.[1]) Ich sagte ihr, — und sie ver-

1) Es war das auch der Weg, den Erb in dem schon citierten Fall mit Erfolg eingeschlagen hat.

langte diese Belehrung — dass kein organisches, aber auch kein eingebildetes Leiden vorläge, dass jedoch die intensive, in krankhafter Weise dem Organismus, speziell den Muskeln, zugewandte Aufmerksamkeit bei der Erzeugung und Unterhaltung des Leidens eine wesentliche Rolle spiele, sie habe deshalb nach Möglichkeit jede ängstliche Selbstbeobachtung zu vermeiden, bei den passiven, die Contractur bekämpfenden Bewegungsversuchen, die Aufmerksamkeit nach aussen (Betrachtung eines Gegenstandes, Lektüre etc.) abzulenken, bei den aktiven das optische Erinnerungsbild der zu erreichenden Endstellung -- z. B. beim Versuch der Plantarflection des extendierten Fusses das Bild der Fuss- und Zehenbeugung — zu wecken und festzuhalten, statt auf die Bewegung, die Muskelleistung selbst und die sie begleitenden Schmerzen zu achten.

Diese theoretischen Deduktionen und Ermahnungen schienen anfangs nicht auf fruchtbaren Boden zu fallen, doch liess ich mich dadurch nicht beirren, sie immer wieder zu erneuern und auf den langsamen, aber sicheren Schritt des Erfolges hinzudeuten.

Im Monat Oktober wurden einige Versuche gemacht, Patientin im Sessel sitzen zu lassen. Sie misslangen jedoch vollkommen. Patientin wurde von uns hingesetzt, aber sie sass nicht, sondern behielt die durch die Contractur bedingte Stellung der Rumpfstreckung bei, sodass die Gesässgegend in der Luft schwebte, sie glitt zu Boden, wenn sie nicht gewaltsam festgehalten wurde, klagte über heftige Schmerzen und hatte einen sehr frequenten, kleinen Puls.

Ende Oktober begannen wir unter Beibehaltung der bisherigen Therapie[1]) den Rückenschmerz mit Thermomassage zu bekämpfen, die sich später auch auf die unteren Extremitäten erstreckte.

Um diese Zeit machte sich nach einer Richtung eine Besserung bemerklich: die Empfindlichkeit der Augen liess

1) Ich hielt es im psychotherapeutischen Interesse für geboten, bei Verordnung neuer Massnahmen zunächst noch eine Zeit lang die früheren beizubehalten.

nach, Patientin vermochte längere Zeit zu lesen, ohne über schmerzhafte Empfindungen in den Augen und im Kopfe zu klagen, auch entwickelte sie etwas mehr Ausdauer im Gebrauch der Hände.

Anfang November liegt sie etwa 3 Stunden des Tages auf dem Keilkissen in halbsitzender Stellung.

Die Thermomassage an den Beinen fällt von Mitte November ab fort, an ihre Stelle tritt einfache Knet-Massage und Sehnentappottement (nach Hoffa). Auch wird jetzt ein Versuch gemacht, die Beugecontractur des linken Beines durch einen in Streckstellung angelegten Schienenverband zu bekämpfen. Derselbe wurde zunächst nur für kurze Zeit appliciert und wieder abgenommen, allmälig aber die Dauer verlängert.

Um diese Zeit bringt die Kranke schon circa 5 Stunden des Tages in halbsitzender Stellung zu, hat aber noch sehr das Bestreben, vom Kissen herabzurutschen.

Sie liest jetzt viel, dictiert ihre Briefe nicht mehr, sondern schreibt sie selbst, macht auch Handarbeiten (Stickerei).

In der 3. Novemberwoche wird sie selbst aufgefordert, Versuche im Sich-Aufrichten mittels einer vom Fussende des Bettes ausgehenden Schlinge, die sie mit den Händen ergreift, zu machen.

Die Rückenschmerzen, die nach wie vor heftig sein sollen, werden nun mit Umschlägen von Chloroformwasser behandelt.

Am 22. November schlug ich eine Untersuchung und event. Behandlung in Chloroform-Narkose vor. Ich ging dabei von der Vorstellung aus, dass sich in Folge der lange dauernden Contracturstellung Verwachsungen gebildet haben könnten, die ein mechanisches Hindernis abgaben. Pat. schien von ähnlichen Ideen beherrscht zu werden. So glaubte ich ihrem Negativismus gegenüber auch eine neue Waffe zu besitzen, wenn ich versichern konnte, dass in der Narkose die passive Beweglichkeit der Beine unbeschränkt oder die etwa vorhandenen Verklebungen und Verwachsungen beseitigt seien. Schliesslich hielt ich es auch für möglich, dass durch die

Narkose eine psychische Umstimmung gezeitigt würde, die den weiteren Verlauf günstig zu beeinflussen vermöge.

In tiefer Narkose schwanden die Muskelspannungen, die Extremitäten waren frei beweglich, aber noch vor dem völligen Erwachen stellte sich die Contractur wieder ein.

Am folgenden Tage eröffnete ich der Patientin, dass mechanische Hindernisse nicht vorlägen, dass alle Muskelspannungen auf fehlerhafter Innervation beruhten und durch die Fortsetzung der Übungstherapie zu beseitigen seien. Doch seien, um den Gang der Besserung zu beschleunigen, weitere Massnahmen erforderlich.

Inzwischen wird die bisherige Behandlung fortgesetzt. Nur während der Menses ruht jede Therapie. (Es ist das ein Prinzip, das ich bei der Behandlung der schweren Neurosen fast immer durchführe). —

Ende November reguliert sich die Darm-Thätigkeit, Pat. hat bei Genuss von Obst täglich Stuhl, sie wird angehalten, denselben stets zu derselben Stunde zu entleeren.

Anfang Dezember wird mittels Streckverband eine Extension an den Beinen ausgeübt. Patientin leidet sehr darunter, hat viel Schmerzen. Es wird ihr auseinandergesetzt, dass sie das Bett erst mit dem Sopha und Stuhl vertauschen könne, wenn die Beine eine normale Stellung hätten; zur Erzielung derselben sei die Extension erforderlich. Dass Massnahmen dieser Art besondere Vorsicht erheischen, sei hervorgehoben. —

Vom 18. Dezember ab verbringt sie einen Teil des Tages im bequemen Kleide auf der Chaiselongue. Im Laufe des Monats verlässt sie vormittags und nachmittags für je 3 Stunden das Bett, um auf dem Sopha zu liegen oder auch für Minuten zu sitzen. Wenn die Haltung in diesen Positionen auch schon eine natürlichere geworden ist, besteht doch die Contractur in der Rumpf- uud Nackenmuskulatur noch fort. Die Gymnastik, die Versuche im Sichaufrichten mit der Schlinge etc. werden fortgesetzt. Die Behandlung wird im übrigen nur insoweit modificiert, als Rücken und Füsse wegen

der noch unverminderten Schmerzhaftigkeit jetzt mit Aethylchlorid gesprayt werden.

Der Versuch, in der Nacht während des Schlafes der Patientin das Bein zu strecken, misslingt.

Vom 1. Januar 1900 ab kommt ein neues Element in die Therapie: die subcutane Duboisininjection (in Dosen von 0,0001—0,0002), die wegen der grossen Schmerzhaftigkeit an der nach Schleich empfindungslos gemachten Haut angewandt wird.

Ausserdem setze ich der Patientin auseinander, dass von diesem Termin ab statt des steten Wechsels von Übung und absoluter Ruhe fast continuierlich der Körper in Bewegung gesetzt, d. h. wenigstens alle paar Minuten eine wenn auch nur kleine Veränderung in der Lage des Körpers, der Haltung der Gliedmassen etc. vorzunehmen sei. Die Pflegerin wurde beauftragt, die Ausführung dieser Vorschrift zu überwachen und die Patientin auch dabei zu unterstützen. Dabei werden die Übungen im Aufrichten etc. fortgesetzt und im Laufe des Monats auch häufig Sitzversuche gemacht.

Das Duboisin wurde Ende des Monats für kurze Zeit innerlich gegeben, musste auch einige Tage wegen Intoxicationserscheinungen ausgesetzt werden.

Die Besserung schreitet jetzt fast stetig fort. Patientin sitzt und liegt ohne Schwierigkeit. Im Februar treten an Stelle des Aethylenchloridspray's kohlensaure Waschungen der Extremitäten, doch wird dabei der erstere noch für ein paar Tage fortgesetzt.

Während die aktive Beweglichkeit sich weiter bessert, wird Ende des Monats wegen der immer noch bestehenden Muskelsteifigkeit damit begonnen, die Gymnastik im prolongierten warmen Bade, in dem Pat. zunächst für eine halbe Stunde, dann für eine Stunde und länger bleibt, vorzunehmen. Damit wird der Gang der Besserung wesentlich beschleunigt. Sie ist jetzt im Stande bei Widerstandsbewegungen schon eine erhebliche Kraft zu leisten. Am 7. März vermag sie schon im Gehstuhl zu stehen.

Bäder und Duboisininjection werden fortgesetzt, ebenso die kohlensauren Waschungen. Vom 16. ab werden die Stehversuche verlängert und öfters am Tage wiederholt.

Vom 29. III. ab lasse ich Gehversuche am Barren[1]) machen, die zunächst noch recht unvollkommen ausfallen und mit Schmerzen und Ermüdungsgefühl verbunden sind, aber von Tage zu Tage leichter werden.

Anfang April geht Pat. am Stock von Zimmer zu Zimmer, dann die Treppen hinunter.

Ende des Monats kann sie geheilt entlassen werden.

In der Heimat wird die Beweglichkeit bald noch eine freiere, sodass sie im Lauf des Sommers und Herbstes an Jagd und Tanz teilnehmen kann.

Die Heilung besteht seit mehr als 2 Jahren, Pat. hat inzwischen ein gesundes Kind geboren und auch mancherlei psych. Erregungen (Erkrankung des Kindes an Scarlatina etc.) überstanden, ohne dadurch geschädigt zu werden. Sie geniesst das Glück der Gesundheit im vollen Umfange.

II. Frau A., Gattin eines Kaufmanns, 42 Jahre alt.

Eltern blutsverwandt, angeblich nicht nervös. Patientin hatte schon als junges Mädchen viel über Rückenschmerz zu klagen, der sich anfangs besonders zur Zeit der Menses, später nach längerem Gehen einstellte; indes war sie doch im Stande, Märsche von circa einer Stunde ohne wesentliche Beschwerden zurückzulegen. Sie verheirathete sich im 20. Lebensjahre, die Ehe war nach ihren und ihres Mannes Angaben eine glückliche. Bald nach der Geburt des ersten Kindes wurde ihr das Gehen schwer. Schon nach kurzen Strecken stellte sich Schmerz im Rücken und in den Beinen ein. Die Schmerzen nahmen immer mehr zu, sodass sie nach einigen Monaten nicht mehr im Stande war, das Haus zu verlassen. Sie ging jetzt nur noch am Stock von einem

1) Derartige Übungen habe ich bei funktionellen Lähmungen lange Zeit bevor dieses Moment in die Therapie der Tabes eingeführt wurde, ausführen lassen.

Zimmer zum andern, auch das wurde immer schwieriger und schmerzhafter, zumal auch das Sichaufstützen auf einen Stock Schmerzen in den Armen, besonders in der Schultermuskulatur erzeugte. Anfang 1890 musste sie das Gehen, dann auch das Sitzen aufgeben, bald war sie dauernd ans Bett gefesselt, in dem sie eine bestimmte Lage einnahm und bei jeder Veränderung derselben über Schmerzen klagte. Von April 1891 ab war sie dauernd auf fremde Hülfe angewiesen, da sie auch die Arme nur zu unbedeutenden Verrichtungen gebrauchen konnte.

Dieser Bericht der Angehörigen wurde noch dahin ergänzt, dass die Frau jetzt fast andauernd verstimmt sei, aber auch in früheren Jahren schon über Stimmungsanomalien, Hang zum Grübeln etc. zu klagen gehabt hätte.

Status (Oktober 1891): Patientin liegt in zusammengekauerter Haltung im Bett, lässt sich auf meinen Wunsch von ihrer Pflegerin in eine halbsitzende Stellung bringen, nachdem der Rücken durch Kissen unterstützt worden ist. Sie befindet sich in einem halbverdunkelten Raum. Ich lasse die Vorhänge zurückziehen und sehe eine blasse, sehr dürftig ernährte Frau, mit schmerzverzerrtem Gesichte, geschlossenen Lidern etc.

Auf die an sie gerichteten Fragen antwortet sie leise, mit schwacher Stimme, aber klar und exakt. Sie giebt an, dass ihr das Sprechen schwer werde, mit schmerzhaften Empfindungen im Halse und in der Brustgegend verknüpft sei. Desgleichen bereite ihr das Hören und Sehen Schmerzen oder doch schmerzähnliche, peinigende Sensationen in den Augen, im Kopf, schliesslich auch im ganzen Körper.

Auch die Nahrungsaufnahme sei in den letzten Monaten dadurch erschwert, dass sich bei und besonders nach dem Essen ein Schmerz in der Magengegend, im Rücken und Kopf, Herzklopfen, Hitzegefühl, manchmal auch ein Juckreiz mit Quaddelbildung an den verschiedensten Körperstellen entwickle. Sie fürchte sich geradezu vor dem Essen und könne nur kleine Quantitäten zu sich nehmen.

Bei der objectiven Untersuchung fand ich im Bereich der Hirnnerven keine Lähmungserscheinungen. Der bestehenden Hyperaesthesia Retinae entsprach eine ungewöhnlich lebhafte Pupillenreaction. Die Bewegungen der Bulbi, des Mundes und der Kiefer werden langsam ausgeführt, aber ohne Zeichen der Parese.

Der Puls ist klein und ziemlich frequent (94—100), auch die Atmung ist etwas beschleunigt und oberflächlich. An den inneren Organen lässt sich nichts Krankhaftes entdecken.

In den Armen besteht wohl eine gewisse Muskelspannung, aber keine ächte Contractur, vielmehr ist es eine gewollte, resp. durch die Furcht vor Schmerzen intendirte Fixation der Gliedmassen, welche die passiven Bewegungen erschwert und nur in engen Grenzen ausführen lässt. Bei jedem dieser Versuche stöhnt Patientin vor Schmerz. Dagegen wird der Druck auf die Muskeln, Nerven, die Knochen und Sehnenansätze nicht besonders schmerzhaft empfunden. Die Sehnenphänomene sind an den Armen erhöht. Die aktiven Bewegungen sind auf ein sehr geringes Mass reduziert, so werden die Finger wohl etwas gebeugt und gestreckt, aber zögernd und kraftlos. Keinerlei Arbeit wird mit den Händen geleistet.

Ebenso sind die Bewegungen des Rumpfes äusserst eingeschränkt. Aus der Rückenlage kann sich Patientin nur sehr mühsam und langsam ein wenig bis in eine halbsitzende Stellung emporbringen, vermeidet jede Drehbewegung des Rumpfes, weil sie ihr heftige Schmerzen verursache. Bei dem Versuche passiver Rumpfbewegungen macht sich derselbe Widerstand wie in den Armen bemerklich. Die Beine befinden sich andauernd in derselben Stellung; der Oberschenkel ist stumpfwinklig gegen das Becken, der Unterschenkel leicht gegen den Oberschenkel gebeugt, während die Füsse plantarflectiert sind.

Der Ernährungszustand der Muskeln entspricht dem allgemeinen, jedenfalls fehlen die Zeichen des localisierten Muskelschwundes; auch ergiebt die electrische Prüfung normale Verhältnisse.

Muskelspannung an den Beinen noch ausgesprochener als an den Armen. Patientin wiederstrebt von vornherein jedem Versuch, die Beine passiv zu bewegen. Auch fehlt hier die aktive Beweglichkeit fast vollkommen, da sie schon Schmerzen empfinden will, wenn sie sich nur anschickt, das Bein zu rühren. Fordert man sie auf, der Schmerzen ungeachtet den Versuch zu forcieren, so werden Puls und Atmung sehr frequent und es tritt Schweissausbruch ein.

Die Sehnenphänomene sind an den Beinen stark gesteigert, aber es lässt sich kein Clonus auslösen.

Blase fungiert normal, nur ab und zu etwas Pollakurie. Stuhl erfolgt fast nur auf Clysmata.

Sensibilität an keiner Stelle des Körpers herabgesetzt. In Bezug auf die Sinnesorgane macht sich nur die schon erwähnte Hyperaesthesie bemerklich. Keine nachweisbare Erkrankung des Skeletts, speziell keine Symptome der Osteomalacie.

Über den Zustand der Psyche erhielt ich erst nach und nach Klarheit.

Die Kranke ist intelligent, leidet auch nicht an Wahnvorstellungen; dagegen hat sich bei ihr ein mit Angstgefühlen verknüpftes Zwangsdenken mehr und mehr ausgebildet. Sie ist gezwungen, sich an die einfachsten Erlebnisse und Vorgänge zu erinnern und dabei sich bis ins Detail die Einzelheiten auszumalen. Als sie noch ausging oder ausfuhr, waren es die Personen, mit denen sie zusammengetroffen, die Räume, in denen sie sich aufgehalten, die Strassen, durch die sie gekommen, etc., welche vor ihrem geistigen Auge auftauchten und es ihr zur Zwangsaufgabe machten, jede Einzelheit — Gesichtsausdruck, Kleider, Äusserungen der Personen, Möbel, Gemälde in den Zimmern, Aufeinanderfolge der Häuser in den einzelnen Strassen etc. — in die Erinnerung zurückzurufen. Fehlte irgend ein Glied in dieser Kette oder machte sich ein Zweifel über diesen oder jenen Gegenstand der Erinnerung geltend, so quälte sie das ausserordentlich.

Dieser Orientierungszwang[1]) hatte wesentlich dazu beigetragen, dass sie sich mehr und mehr von den Menschen zurückzog und immer mehr zur Einsiedlerin wurde. Eine bestimmte Beziehung dieses krankhaften Denkens zu den Schmerzen und zu der Schmerzhemmung der Bewegungen glaubt sie nicht wahrgenommen zu haben.

Ihre Stimmung ist meist ein gedrückte, doch kommen auch Tage vor, in denen sie sich freier fühlt und selbst zur Heiterkeit sich fortreissen lässt.

Die Frage der Diagnose war in diesem Falle leichter zu entscheiden, wie in dem ersterwähnten. Da eine schmerzhafte Erkrankung des Skeletts, der Muskulatur etc. ausgeschlossen werden konnte, war es ohne weiteres klar, dass es sich nur um eine Neurose vom Typus der Akinesia algera handeln konnte (welche damals gerade als besonderes Krankheitsbild von Möbius abgegrenzt war).

Die Behandlung war hier besonders noch dadurch erschwert, dass Patientin nicht dazu bewogen werden konnte, ihre Häuslichkeit mit dem Sanatorium zu vertauschen.

---

1) Die Erscheinung ist mir neuerdings bei einer Patientin wieder begegnet. Sie giebt davon folgende Schilderung: „Wenn ich mich mit einer Handarbeit, Zeichnen, Lesen etc. beschäftige, so muss ich mich darauf ganz concentrieren. Höre ich damit auf, so ist mir alles Vorgegangene total verschwunden, ich kann mir kein Bild mehr davon machen, und es dauert geraume Zeit, ist mit Kopfschmerz und Angstgefühl verbunden, bis ich wieder eine Vorstellung von dem eben Erlebten habe. Derselbe Zustand tritt auch ein, wenn ich den Raum wechsele. Rufe ich mir etwas, z. B. eine Gegend, einen Raum, den ich früher gesehen habe, in die Erinnerung zurück, so kann ich das augenblickliche Bild nicht mehr auseinanderhalten von dem gedachten und kann mich dann nicht mehr zurechtfinden. Wenn ich den Platz in einem Raum wechsele und die Veränderung noch so gering ist, dass ich z. B. nur den Stuhl umdrehe, so kann ich das neue Bild nicht gleich fassen. Die Gedanken sind mir wie abgeschnitten, ich bin verwirrt, habe heftigen Kopfschmerz. Treten diese Änderungen schnell nacheinander ein, so bin ich nicht mehr im Stande zu folgen und mir die Eindrücke zu gruppieren und fühle mich so verwirrt, dass ich nicht mehr selbständig handeln kann.

So musste ich mich dazu entschliessen, im Hause die günstigsten Bedingungen für die Heilung zu schaffen. Die Isolierung liess sich in dem grossen, mit Garten versehenen Hause gut durchführen. Die Pflegerin, die die Aufgabe übernahm, der Patientin dauernd zur Seite zu stehen, war intelligent und taktvoll, hatte auch volles Verständnis für die Natur des Leidens. Bezüglich der für die Behandlung massgebenden Gesichtspunkte brauche ich nur auf Fall I zu verweisen. Grosse Schwierigkeit machte hier die Ernährungsfrage. Da nicht nur die Aktion der Skelettmuskulatur, sondern auch die Thätigkeit des Magendarmapparates Schmerzen und andere unangenehme Erscheinungen hervorrief, mussten die Speisen so ausgesucht und dargeboten werden, dass die Verdauungs- und Resorptionsarbeit auf ein möglichst geringes Maass reduciert wurde. Es wurden zunächst nur leichte Speisen in flüssigem oder breiigem Zustande von möglichst hohem Nährwert eingeführt und im Anschluss an die Nahrungsaufnahme eine leichte Streichmassage des Magens vorgenommen.

Für die ersten Wochen richteten wir unser ganzes Augenmerk auf die Ernährung und nahmen von einer weiteren Behandlung (abgesehen von dem psychischen Zuspruch) Abstand. Anfangs traten noch Schmerzen, Tachycardie, Tachypnoe und zuweilen auch Erythem- und Urticariabildung nach den Mahlzeiten auf, die Erscheinungen nahmen aber mehr und mehr an Intensität ab, Patientin nahm innerhalb der ersten 5—6 Wochen circa 8 Pfund an Gewicht zu und war am Schluss dieser Periode so weit, dass wir die Ernährungsfrage als gelöst betrachten konnten.

In psychotherapeutischer Hinsicht schlug ich ein Verfahren ein, das dem, in dem erstbeschriebenen Fall genauer auseinandergesetzten wenigstens im Prinzip entsprach. Ich versuchte die Patientin über die Natur ihres Leidens nach Möglichkeit aufzuklären, spornte sie zur Entspannung der Aufmerksamkeit an, beschäftigte sie, so gut es durchführbar war und verlangte, dass sie dem Zwangsdenken immer dadurch aus dem Wege gehen sollte, dass sie, sobald die Ten-

denz zum Grübeln eintrete, sich mit der Pflegerin unterhalten, respective von ihr unterhalten und beschäftigen lassen solle.

Die Methodik der Behandlung unterschied sich von der für Fall I geschilderten besonders dadurch, dass ich in der ersten Zeit des 2. Stadiums mich auf die Bekämpfung der Contraktur, resp. der Behinderung der passiven Beweglichkeit beschränkte. Hier war es besonders erforderlich, während der Einzelübungen die Aufmerksamkeit anderweitig zu beschäftigen. Ich erreichte das auf relativ einfache Weise dadurch, dass ich die Hände und Arme mit dem faradischen Pinsel oder mit Heisswasserwaschungen bearbeiten liess, während ich die passiven Bewegungen an den Beinen vornahm und umgekehrt.

Ich will hier nicht die Einzelheiten wiedergeben, besitze auch nicht so genaue Notizen über dieselben, es bedurfte eines langen Kampfes von nahezu 3 Monaten — am Schlusse dieser Periode Behandlung im permanenten Bade — bis die Glieder geschmeidig wurden, die Spannungen beseitigt waren und Patientin die passiven Bewegungen ohne pathologischen Widerstand und ohne Schmerzen zu empfinden, ausführen liess.

Nun folgte die Periode der systematischen Übungen in der Wiederherstellung der aktiven Beweglichkeit, die anfangs in Form der Heilgymnastik, dann an Apparaten ausgeübt wurden. Nach circa 6 Monaten konnte Patientin das Bett verlassen. Es kam bald darauf noch einmal zu einem Rückfall von kurzer Dauer, dann aber war die Besserung eine stetig fortschreitende.

Die Dame ist seitdem geheilt geblieben. Sie lebt zwar noch zurückgezogen, kommt nicht viel mit Menschen zusammen, bewegt sich aber gut im Freien, hat Freude an Spaziergängen, füllt ihre Zeit nützlich aus und ist ein zufriedener Mensch geworden. Die letzten Nachrichten erhielt ich von ihr vor 3 Jahren.

III. Fräulein C., 30 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, doch sind in der Familie der Mutter psychische Erkrankungen vorgekommen, ohne dass Patientin genaues da-

rüber anzugeben weiss. Sie selbst war bis zum 13. Jahre ganz gesund, damals wurde sie im Anschluss an einen Schreck von einem Angstzustand befallen, der nach ihrer Schilderung mit einer traumhaften Verworrenheit verknüpft war. Sie will aber in einem freieren Momente gehört haben, wie der Arzt im Nebenzimmer dem Vater von der „drohenden Gefahr geistiger Erkrankung“ gesprochen habe. Damals machte das keinen tiefen Eindruck auf sie, sie wurde sogar in einigen Tagen wieder gesund, die Affektion hatte überhaupt nur eine Dauer von 5—6 Tagen, dann folgte völliges Wohlbefinden.

Erst vom 18. Jahr ab kam es zuweilen vor, dass sie sich dieses Ausspruchs erinnerte und dass sich dann zunächst nur für Momente, später für Stunden und Tage die Furcht vor psychischer Erkrankung schwer auf ihre Seele legte.

Vom 26. Lebensjahr ab hatte sie einige Male Wochen und selbst Monate lang an Verstimmung zu leiden, die um so quälender war, als sie sich keinem Menschen, auch nicht dem Hausarzt gegenüber, über die Grundlage derselben aussprach. Schon damals verband sich mit der Depression und der Furcht vor Psychose ein heftiges Angstgefühl, das allmälig den Charakter einer Monophobie annahm. Sie konnte nicht mehr allein sein, musste irgend eine Person um sich haben, es genügte ihr auch nicht, sich auf der Strasse unter Fremden zu bewegen, sie war vielmehr dauernd auf Begleitung angewiesen.

Es kamen zwar in der Folgezeit noch Remissionen vor, aber seit 2 Jahren ist der Zustand ein fast stabiler: sie ist meistens verstimmt, die Furcht vor geistiger Erkrankung liegt wie ein Alp auf ihr und ruft in Momenten, namentlich wenn sie einmal auf sich selbst angewiesen ist, ein sich bis zu Verzweiflungsausbrüchen steigerndes Angstgefühl hervor. Einigemale war sie auf der Höhe eines solchen Anfalls wie verwirrt, wurde sich aber durch die Verworrenheit hindurch eines sie völlig beherrschenden taedium vitae bewusst.

Dis bisherige Behandlung mit Brompräparaten, Opiaten, Hydrotherapie, Massage etc. hatte keinen nennenswerten Erfolg.

Als die Patientin sich zum ersten Male an mich wandte, war sie noch scheu und zurückhaltend in den sich auf ihren psychischen Zustand beziehenden Mitteilungen. Ich hatte aber bald ihr Vertrauen soweit gewonnen, dass sie sich mir ganz offenbarte.

Ich stellte fest, dass ausser den besprochenen Angstzuständen und der diesen zu Grunde liegenden Vorstellung noch eine Reihe nervöser Beschwerden vorlag: Kopfdruck, Ohrensausen, Gefühl grosser Hinfälligkeit, besonders in den Morgenstunden, Unregelmässigkeit in der Stuhlentleerung, meist Verstopfung, dann Tage lang Durchfälle, dysmenorrhoische Beschwerden etc. Auch auf psychischem Gebiet machten sich weitere Erscheinungen bemerklich: Patientin litt unter Erinnerungsbildern, besonders pflegten optische Eindrücke sich oft lange und intensiv zu fixieren und mit starker Unlustempfindung zu verknüpfen. Hatte sie z. B. abends eine Handarbeit vorgenommen, so sah sie die Muster stundenlang in der Nacht in quälender Deutlichkeit, das gleiche ereignete sich, wenn sie Karten spielte, zeichnete etc. In den letzten Monaten war der Schlaf besonders durch diese Beschwerden beeinträchtigt und Patientin war auch körperlich heruntergekommen. — Die körperliche Untersuchung ergab ausser einer gewissen Anaemie und mangelhaften Ernährung nichts besonderes.

Bei dem Entwurf des Heilplans ging ich von folgenden Erwägungen aus: Spielte bei der Entstehung der Angstzustände auch die neuropathische Anlage, die sich schon im 13. Lebensjahr offenbart hatte, eine wesentliche Rolle, so hatte zur Verschärfung und Incrustation derselben doch der Umstand wesentlich beigetragen, dass Patientin ihre Befürchtungen dauernd in sich verschlossen und ihre Seele niemals entlastet hatte. Ich musste also Gewicht darauf legen, dass sie sich nunmehr vollkommen aussprach und auch stets Gelegenheit dazu fand, sich durch Mitteilung zu erleichtern. Freilich wusste ich aus mannigfachen Erfahrungen, dass es auch hier ein Zuviel, eine Grenze giebt, von der ab die Gelegenheit zur Aussprache auch Anlass zur Neuerweckung von Erinnerungen und zur

Züchtung von Vorstellungen wird. Ich hatte z. B. einen Fall in der Erinnerung, in dem die von mir erteilte Erlaubnis, die quälenden Vorstellungen immer sofort zu Papier zu bringen, in ein für mich bestimmtes Buch einzutragen, nur für kurze Zeit Erleichterung brachte, dann aber geradezu steigernd und fixierend auf die Zwangsideen wirkte und die Aufmerksamkeit noch mehr auf sie hinlenkte. Ich beschloss somit, das Prinzip der freien Aussprache nur in der ersten Epoche der Behandlung durchzuführen. Während der ersten Wochen sah ich Patientin fast täglich und verlangte, dass sie regelmässig über die ihr peinlichen Empfindungen und Gedanken Aufschluss gab.

Ausserdem hielt ich es für erforderlich, in dieser Periode der Behandlung die allgemeine Körperschwäche und Unterernährung zu bekämpfen. Es wurde zu diesem Behuf eine modificierte Mastkur eingeleitet, bei der Patientin nur vor und nach den Mahlzeiten zu ruhen und 2 mal täglich eine Stunde lang spazieren zu gehen hatte. Sie erhielt eine geeignete Pflegerin, die anfangs andauernd um sie war.

Die Angstzustände, die zunächst noch häufig auftraten, wurden mit Codeïn, heissen Handbädern, Athemgymnastik (Ziehen) und dergl. bekämpft.

In einem Zeitraum von 5—6 Wochen war es erreicht worden, dass das Gewicht von 98 auf 105 Pfund gestiegen, das Aussehen ein frischeres und wohleres und das Gefühl allgemeiner Hinfälligkeit gewichen war.

Die Depression hatte wesentlich nachgelassen, aber die Nosophobie und Monophobie bestand fort. Nur hatte Patientin in den ersten Wochen sich jedesmal im Anschluss an die Aussprache erleichtert gefühlt, während dieser Effekt in der letzten Zeit nicht mehr deutlich hervortrat.

In der zweiten Periode der Behandlung wurde auf körperliche und geistige Arbeit das Hauptgewicht gelegt. Es schien mir dabei erforderlich, für die intelligente Patientin eine an Abwechselung reiche, ihr Interesse weckende und fesselnde Beschäftigung auszuwählen und sie bei derselben, gewissermassen im Banne der ihre Aufmerksamkeit

gefangen nehmenden Thätigkeit an das Alleinsein und Alleingehen zu gewöhnen.

Nach einigen Fehlversuchen erkannte ich, dass sie sich für Wohlthätigkeit, Pflege und Erziehung armer Kinder lebhaft interessierte. Ich veranlasste sie, mit entsprechenden Institutionen in Verbindung zu treten. Sie hatte für dieselben zunächst in der eigenen Wohnung zu arbeiten, dann trat sie mit den Pfleglingen selbst in Verbindung, hatte für ihre Reinigung, ihren Unterricht zu sorgen, Recherchen einzuziehen etc.

Anfangs liess ich sie auf diesen Wegen von einer Gesellschafterin begleiten, einige Zeit später genügte es ihr, wenn sie wusste, dass sie sich mit derselben an irgend einem Punkte traf oder von ihr abgeholt wurde. Ich gab der Patientin von Zeit zu Zeit Gelegenheit, sich mit mir über ihre Angst und krankhaften Vorstellungen auszusprechen, ohne dass ich sie direkt darauf hinführte. Bald gewann ich den Eindruck, dass sie nur noch mechanisch, gewohnheitsgemäss klagte, ohne dass es ihr ein lebhaftes Bedürfnis war.

Circa 4 Monate nach Beginn der Behandlung lebte sie ihren neuen Interessen mit solchem Eifer und solcher Hingebung, dass sie kaum noch Zeit dazu fand, krankhaften Empfindungen nachzuhängen. Sie konnte jetzt auf die Pflegerin verzichten, ging allein, schlief allein etc. Ich durfte sie als geheilt betrachten und hielt es auch für richtig, mich ihr gegenüber in diesem Sinne auszusprechen. Nach einem halben Jahre kam es jedoch, im Anschluss an eine Periode der Schlaflosigkeit zu einem Rückfall. Die Angstzustände und quälenden Vorstellungen tauchten wieder auf. Ich liess Pat. jetzt die gewohnte Beschäftigung für einige Zeit aufgeben oder auf ein geringes Mass beschränken, hielt sie statt dessen dazu an, zu radeln und Tennis zu spielen. Sie kam damit über diese Epoche der Depression relativ leicht hinweg und ist seitdem dauernd gesund geblieben.

IV. L., 48 J. alt, Rechtsanwalt, Sohn eines Gichtikers und Diabetikers. Mutter und die 6 Geschwister gesund. Patient hat im Alter von 24—30 Jahren ziemlich viel Bier (durchschnittlich 5—6 Glas pro die) getrunken; als er dann aber anfing Fett anzusetzen, hat er den Biergenuss eingeschränkt und ist besonders in den letzten 15 Jahren, seit seiner Verheiratung, durchaus mässig gewesen. Excesse in Venere und syphilitische Infektion werden bestimmt in Abrede gestellt. Er hat 2 gesunde Kinder.

In den letzten 7—8 Jahren ist er seelischen Erregungen ausgesetzt gewesen, dadurch dass seine Frau von einem Unterleibsleiden und von einer immer mehr zunehmenden Nervosität (hypochondrische Hysterie) befallen wurde. Dieses Leiden der Frau wurde um so bedeutungsvoller für ihn, als sie auch ihn resp. seine Gesundheit zum Gegenstand ihrer hypochondrischen Betrachtungen und Befürchtungen machte, sein „schlechtes Aussehen“ bejammerte etc. Vor 5 Jahren wurde er von einer nervösen Dyspepsie und Cardialgie befallen, die jedoch durch Trennung von der Frau schnell geheilt wurde. Er war aber kaum 3 Monate gesund, als sich ein Schmerz im rechten Bein einstellte, den, wie ich später erfuhr, die Frau zuerst als Ischias deutete und als sehr hartnäckig bezeichnete. Der Schmerz nahm mehr und mehr an Heftigkeit zu. Der Hausarzt verordnete heisse Bäder, dann die verschiedensten Antineuralgica und Nervina ohne Erfolg. Dann wurden Spezialisten konsultiert, die ebenfalls die Diagnose: Ischias stellten, Electrotherapie, Massage, unblutige Nervendehnung, kohlensaure Bäder verordneten. Alle diese Massnahmen hatten keinen wesentlichen Einfluss. Wiesbaden und Teplitz wurden ohne Nutzen angewandt. Vor 2 Jahren riet ihm ein Arzt zur operativen Freilegung und Dehnung des Nerven, da er Schwielen zu fühlen glaubte. Es fand sich jedoch bei der Operation keinerlei Veränderung. Die trotzdem ausgeführte Dehnung brachte auch für $^1/_4$ Jahr Linderung, dann aber traten die Schmerzen in unverminderter Heftigkeit wieder auf. —

August 1899 hatte ich Gelegenheit, den Patienten zum ersten Male zu untersuchen. Er kam auf einen Stock gestützt in meine Sprechstunde, zog das rechte Bein nach, setzte sich vorsichtig hin und so, dass er nur auf dem linken Tuber ischii sass, während das rechte Bein mit der Fussspitze den Boden berührte und auswärtsgerollt war.

Auch beim Stehen stützte er sich vorwiegend auf das linke Bein.

Im Liegen — es dauerte mehrere Minuten bis er die richtige Lage gefunden hatte — hält er das Bein auswärtsgerollt, ohne jedoch consequent diese Stellung festzuhalten. Die Muskulatur des rechten Beines erscheint etwas flacher als die des linken; durch Messung lässt sich aber eine Atrophie nicht feststellen, auch ist die elektrische Erregbarkeit nicht herabgesetzt.

Die Sehnenphänomene sind an beiden Beinen etwas erhöht, doch an dem rechten nicht mehr als an dem linken. Spastische Erscheinungen sind nicht vorhanden. An der Hinterfläche des rechten Oberschenkels befindet sich eine circa $2^1/_2$—3 Zoll lange Narbe, die mit der Unterlage nicht verwachsen ist.

Das Ischiasphänomen fehlt.

Druckpunkte finden sich zwar an der Incisura ischiadica major, in der Kniekehle und an anderen Stellen, aber einerseits beschränken sie sich nicht auf das Verlaufsgebiet der Nerven, andererseits konnte ich feststellen, dass bei abgelenkter Aufmerksamkeit von einer wirklichen Schmerzhaftigkeit keine Rede sein konnte. Ebenso war es bemerkenswert, dass der Kranke, der nach seiner und seiner Gattin Aussage fast ununterbrochen vor Schmerz stöhnte, diesen gewissermassen zu vergessen schien, wenn man sich eingehend mit ihm über andere Dinge unterhielt.

Die aktiven Bewegungen wurden mit dem rechten Bein nicht in voller Ausgiebigkeit und Geläufigkeit ausgeführt, aber es liess sich in keiner Muskelgruppe eine wirkliche Schwäche nachweisen. Ebenso erwies sich die Sensibilität intakt.

Sehnenphänomene an den Armen erhöht. In den ausgestreckten Händen leichter schnellschlägiger Tremor.

Hirnnerven normal.

In psychischer Hinsicht fällt die leichte Erregbarbeit des Mannes auf. Er klagt auch über Angstempfindungen und unruhigen Schlaf.

Innere Organe gesund. Das Herznervensystem ist leicht erregbar, auch kommt zuweilen eine Arythmia cordis vor.

Der Gesamteindruck, den ich von dem Patienten hatte, war der, dass er an Neurasthenie litt und dass sich auf dieser Basis und unter dem Einfluss der von seiner Frau geweckten Nosophobie ein Psychalgia cruris entwickelt hatte.

Ich verordnete zuerst eine Kaltwasserkur. Diese hatte einen sehr günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, ohne dass aber die Schmerzen durch sie beseitigt wurden. Ich entschloss mich nun zu der von mir als Ablenkungsmethode[1]) in die Therapie der Schmerzen eingeführten Behandlung.

Ich setzte dem Patienten auseinander, dass ich den Schmerz im rechten Bein für ein Produkt der krankhaften Selbstbeobachtung, der diesem Körperteil in abnorm hohem Masse zugewandten Aufmerksamkeit halte und dass die von mir vorzunehmende Kur vornehmlich das Prinzip verfolge, ihn für die vom rechten Bein ausgehenden Schmerzempfindungen unempfindlich d. h. unaufmerksam zu machen. Ich beschränkte mich in der ersten Sitzung darauf, ihm zu demonstrieren, dass er leichte Pinselberührungen am rechten Bein sehr deutlich wahrnahm, wenn er die Aufmerksamkeit auf die Untersuchung lenkte, dagegen nicht oder sehr wenig, wenn ich ihn unbemerkt während der Unterhaltung einmal berührte.

In den nächsten Sitzungen führte ich leichte Berührungsreize und auch schon Druck mit dem Stiel eines Pinsels am rechten Bein aus, während die Hände in einem heissen Wasserbade steckten. In der folgenden Woche applicierte ich gleichzeitig Nadelstiche am linken Bein oder auch an den Armen,

1) Zur Psychotherapie der Schmerzen. Therapie der Gegenwart 1900.

während das rechte Bein von einem Druck, schliesslich auch von einem leichten Stich getroffen wurde.

Als ich damit nicht recht weiter kam, wurde als Ablenkungs- oder Übertönungsreiz an den anderen Körperstellen die faradische Bürste angewandt, während das kranke Bein gleichzeitig von Nadelstichen getroffen wurde. Ich brachte es dabei bald dahin, dass er letztere gar nicht mehr oder nicht schmerzhaft fühlte. Schliesslich — nach 4—5 Wochen — konnte ich den faradischen Pinselstrom mehr und mehr abschwächen, ohne dass die Nadelstiche am rechten Bein schmerzhaft percipiert wurden. Dann ersetzte ich die Stiche durch festen Druck auf die Druckpunkte, ausgiebige passive Bewegungen etc.

Nach 6—7 Wochen war der Patient von seinen Schmerzen befreit und ist wenigstens 2 Jahre lang — später hörte ich nicht mehr von ihm — schmerzfrei geblieben.

V. E., Schriftsteller, 40 Jahre alt.

Vater starb jung an Tuberkulose, Mutter litt viele Jahre an Hemikranie. E. selbst war in der Kindheit gesund, jedoch von etwas reizbarem Temperament. In den höheren Klassen des Gymnasiums befiel ihn ein Kopfschmerz, der sich besonders bei anstrengender Thätigkeit einstellte. Während des Universitätsbesuchs verlor sich der Schmerz oder trat doch nur selten auf, in den Examensjahren wurde Pat. wieder mehr von demselben geplagt. Eine quälende Heftigkeit und Dauerhaftigkeit hat er erst in den letzten 5 Jahren erreicht. Seit dieser Zeit ist ein dumpfer Kopfdruck stets vorhanden, dieser steigert sich für mehrere Stunden des Tages — besonders sind es die frühen Morgenstunden — und beim Versuch intensiver Geistesarbeit zu einem heftigen Schmerz. Seinen Hauptsitz hat er über den Augen, verbreitet sich dann aber mehr und mehr über den ganzen Schädel. Es ist, als ob etwas von innen heraus dränge und den Schädel zersprengen wolle. Dem Alkoholgenuss hat E. ganz entsagt, da er schon die Aufnahme kleiner Mengen mit einer Steigerung des Kopfschmerzes zu büssen hat.

Andere Beschwerden hat E. gegenwärtig nicht, nur ist der Schlaf dadurch etwas beeinträchtigt, dass er oft schon um 5 Uhr durch den Schmerz geweckt wird. Vor 4 Jahren hat nach seiner Schilderung und den Angaben seines Hausarztes ein Zustand von nervöser Dyspepsie vorgelegen.

Angewandt hat Patient schon: Phenacetin, Antipyrin, Chinin, Aconitin, Salipyrin, Arsen, Opium, Morphium, Methylenblau, Brompraeparate, Electrotherapie, Hydrotherapie, Kopfmassage, heisse Kopfbäder, Kühlkappe, etc. etc.

Alle diese Mittel und Massnahmen brachten gar keine oder nur vorübergehende Linderung; am besten bekam ihm vor 3 Jahren ein Aufenthalt im Hochgebirge, aber die nächsten Jahre war der Erfolg des Aufenthalts im Gebirge ein weit geringerer.

Patient ist sehr verzweifelt, da er im letzten Jahre keiner Thätigkeit mehr fähig ist.

E. ist ein grosser, muskelstarker Mann. Haut und Schleimhäute etwas blass, Haar teilweise ergraut, Gesicht trägt den Stempel des Leidens.

Die Untersuchung des Kopfes, der Hirnnerven ergiebt in jeder Hinsicht normale Verhältnisse. Es besteht auch keine Refractionsanomalie, kein Nasenleiden. Die Prüfung der anderweitigen Funktionen hat ebenso ein durchaus negatives Resultat, sodass man gegenwärtig den Kopfschmerz als das einzige Leiden ansehen muss.

Als er im Juni 1897 in meine Behandlung trat, versuchte ich es zunächst noch mit der Franklinisation, empfahl ihm, als diese erfolglos angewandt war, eine Seereise. Während derselben ging es ihm wohl etwas besser, aber nach der Rückkehr bestand der Kopfschmerz in alter Heftigkeit fort. Nun entschloss ich mich dazu, ihm ein Haarseil in der Nackengegend anzulegen und die Eiterung künstlich zu unterhalten.

Schon in der ersten Woche trat eine Linderung ein, nach 5—6 Wochen war der Kopfschmerz völlig geschwunden und der Mann wieder arbeitsfähig. Er ist seitdem dauernd frei von Kopfschmerz geblieben.

Die hier mitgeteilten Beobachtungen bedürfen keines weiteren Kommentares. Nur einen Gesichtspunkt möchte ich, — und zwar im Hinblick auf Fall I—IV — so selbstverständlich er auch vielen erscheinen mag, erörtern: Dass wir auch da, wo wir den psychogenen Ursprung eines Leidens nachweisen können, uns auf die einfache Psychotherapie im engeren Sinne des Wortes nicht beschränken dürfen. Ich spreche hier nicht von der Hypnose, die ja in keinem der angeführten Fälle zur Anwendung kam, ich spreche von der seelischen Beeinflussung durch Zuspruch, durch Hinweis auf den Charakter des Leidens, Versicherung der Heilbarkeit etc. etc.

Wenn ich darin auch ein wesentliches Element der Therapie erblicke, so kommen wir doch damit in der Regel den schweren und eingewurzelten Neurosen gegenüber nicht aus. Jedenfalls giebt es nur wenige Individuen, für die das Wort des Arztes, sein Appell an ihre Energie, ihr Selbstvertrauen, sein Ansporn zur Selbstüberwindung, Selbsterziehung u. s w. allein ausreicht, um in ihrer Seele den Wandlungsprozess hervorzurufen, der zur Heilung führt. Die grosse Mehrzahl auch der intelligenten Neurastheniker und Psychastheniker verlangt Behandlung. Diese muss aber, wie ich das bei der Besprechung des Falles I etwas näher erläutert habe, von den psychotherapeutischen Grundsätzen beherrscht werden und somit in erster Linie einen Teil der Psychotherapie bilden. Aber daneben hat sie doch noch andere Indicationen zu erfüllen. Meist spielt die Ernährungsfrage eine wichtige Rolle. Oft sind Muskelgruppen für lange Zeit dem Willenseinfluss entzogen worden — und es bedarf einer konsequent durchgeführten Gymnastik, um sie dem Willen wieder unterthänig zu machen und die durch die Inactivität bedingte Erschlaffung zu beseitigen. Auch da, wo der Nichtgebrauch der Muskulatur eine Folge der ihre Thätigkeit begleitenden Schmerzen ist, lässt sich nach unserer Erfahrung keine Moment-Heilung erzielen, sondern es bedarf der steten, an Intensität nur allmälig wachsenden Übung, also einer langdauernden Behandlung um die Schmerzhemmung zu besiegen.

Das Gleiche gilt für die durch die Hyperaesthesie der Sinnesorgane bedingte Ausschaltung der Sinnesempfindungen. Sie lässt sich nicht mit einem Schlage überwinden, sondern es bedarf einer ganz allmäligen Gewöhnung des Organs an die entsprechenden Sinnesreize.

Wie die mitgeteilten Krankengeschichten die Bedeutung der krankhaft gesteigerten Selbstbeobachtung für die Entstehung von Algien, Muskelspannungen und anderen Symptomen illustrieren, so lassen sie auch erkennen, welcher Mittel und Methoden wir uns zu bedienen haben, um diesen Faktor nach und nach auszuschalten. Gewiss werden Andere das auf anderem Wege erreichen, gewiss können die verschiedensten Kunstgriffe und Methoden zu demselben Ziel führen; mir lag es aber daran, einmal an ein paar praktischen Beispielen das von mir geübte Heilverfahren und seine Erfolge zu erläutern. Dass dasselbe nur in einzelnen Teilen ein originelles ist, während es in seinen allgemeinen Gesichtspunkten bekannten und anerkannten Grundsätzen der Neurotherapie entspricht, bedarf kaum der Erwähnung.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer, Halle a. S.



